



*Ihre Krankenkasse mit Herz und Verstand*

## **Satzung der Krankenversicherung** vom 1. Januar 2010 in der Fassung des 32. Nachtrages vom 07. Dezember 2018

# Übersicht zur Satzung

Artikel I.....	1
§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse .....	1
§ 2 Verwaltungsrat.....	2
§ 3 Vorstand .....	5
§ 4 Widerspruchsausschuss .....	6
§ 5 Kreis der versicherten Personen .....	7
§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft .....	8
§ 7 Aufbringung der Mittel .....	10
§ 8 Bemessung der Beiträge .....	11
§ 8a - entfallen.....	12
§ 8b Wahltarif "Prämienzahlung".....	13
§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz.....	15
§ 9a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 5 AAG und § 8 Abs. 2 AAG (Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen).....	16
§ 9b - entfallen.....	17
§ 10 Fälligkeit der Beiträge.....	18
§ 10a Erhebung von Mahngebühren .....	19
§ 11 Höhe der Rücklage .....	20
§ 12 Leistungen .....	21
§ 12a Primärprävention .....	30
§ 12b Schutzimpfungen.....	32
§ 12c Leistungsausschluss.....	33
§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen .....	34
§ 13a Wahltarif "Strukturierte Behandlungsprogramme" .....	35
§ 13b Wahltarif "Hausarztzentrierte Versorgung" (§73b SGB V).....	36
§ 13c Wahltarif Besondere Versorgung.....	37
§ 13d - entfallen.....	38
§ 13e - entfallen.....	39
§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten .....	40
§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.	42
§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	43
§ 14c - entfallen.....	44
§ 15 Wahltarife Krankengeld .....	45
§ 16 Kooperation mit der PKV .....	54
§ 17 Aufsicht.....	55
§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband .....	56
§ 19 Bekanntmachungen.....	57
§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse .....	58
Artikel II.....	59
Inkrafttreten .....	59
Anlage zu § 2 der Satzung: Entschädigungsregelung	

## **Abkürzungen**

OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
SGB	Sozialgesetzbuch
SVHV	Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung

# Artikel I

## § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

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

### **atlas BKK ahlmann**

Sie ist seit dem 01.01.2010 Rechtsnachfolgerin der bisherigen atlas BKK und der BKK AHLMANN.

Die ATLAS BKK ist entstanden durch Fusion der am 01. Dezember 1912 errichteten BKK ATLAS ELEKTRONIK mit der am 07.09.1933 errichteten BKK Bremer Rolandmühle zum 01.01.1996. Die Öffnung erfolgte zum 01.05.2003. Die BKK AHLMANN ist errichtet worden im Jahr 1833.

Die atlas BKK ahlmann hat ihren Sitz in Bremen.

- II. Der Bezirk der atlas BKK ahlmann erstreckt sich auf die nachfolgend aufgeführten Betriebe:

ATLAS ELEKTRONIK GmbH, Bremen und Niedersachsen  
Rheinmetall Defence Electronics GmbH, Bremen  
STN ATLAS Marine Electronics GmbH, Hamburg  
AEG ATLAS Schutz- und Leittechnik GmbH, Bremen  
Spinnbau GmbH, Bremen  
VACUTEC Hochvakuum- & Präzisionstechnik GmbH, Bremen  
Masstech Analysengeräte Technik GmbH, Bremen  
DMT Marinetechnik GmbH, Hamburg  
EMG EuroMarine GmbH, Hamburg  
Ahlmann GmbH & Co KG, Rendsburg  
Ahlmann-Carlshütte GmbH, Büdelsdorf  
Ahlmann-Baumaschinen GmbH, Büdelsdorf  
Ahlmann-Sondermaschinen- und Werkzeugbau GmbH, Büdelsdorf  
Carlshütte Gießerei GmbH, Büdelsdorf

- III. Der Bereich der atlas BKK ahlmann erstreckt sich auf die nachfolgend aufgeführten Länder

- \* Bremen und
  - \* Niedersachsen,
  - \* Schleswig-Holstein
- sowie die ehemalige AOK-Region Rheinland/ Hamburg

## § 2 Verwaltungsrat

- I.
  1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer regeln sich nach dem Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung. Abweichend von der Regelung des § 49 Abs. 2 S. 2 SGB IV wird bestimmt, dass ein Wahlberechtigter, der zur Gruppe der Arbeitgeber gehört, so viele Stimmen hat, wie die Zahl der am Stichtag für das Wahlrecht (§ 50 Abs. 1 SGB IV) bei ihm beschäftigten, bei der atlas BKK ahlmann versicherungspflichtigen und wahlberechtigten Personen bis zu einer Höchstzahl von 40 Stimmen.<sup>1</sup>
  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 der konstituierenden Sitzung.

- II. Der Verwaltungsrat besteht aus 10 Vertretern der Versicherten und 5 Vertretern der Arbeitgeber.<sup>2</sup> Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Zahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter; bei Abstimmungen können die Arbeitgebervertreter jedoch nicht mehr Stimmen abgeben als den anwesenden Versichertenvertretern zustehen. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreeters errechnet sich aus dem Verhältnis der Zahl der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter zueinander.

Fassung von Absatz II Satz 1 für die 10. Wahlperiode:

Der Verwaltungsrat besteht aus 11 Vertretern der Versicherten und 7 Vertretern der Arbeitgeber.

- 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,

---

<sup>1</sup> Satzungsantrag Nr. 24 vom 07.03.2016 – in Kraft ab 16.03.2016

<sup>2</sup> Satzungsantrag Nr. 2 vom 15.03.2010 - in Kraft ab Beginn der 11. Wahlperiode der allgemeinen Wahlen zur Sozialversicherung.

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

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

4. über die Entlastung des Vorstands wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln,
6. einen leitenden Beschäftigten der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen,<sup>3</sup>
7. den Vorstand zu überwachen,
8. die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten,
9. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
10. über freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

IV. Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.

V. Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

Va. Zur Erfüllung seiner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bilden.

VI. Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz bbarer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.<sup>45</sup>

VII. Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder des Verwaltungsrates 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 bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

---

<sup>3</sup> Satzungsantrag Nr. 1 vom 15.03.2010 - in Kraft ab 01.01.2010

<sup>4</sup> Satzungsantrag Nr. 26 vom 19.08.2016 - in Kraft ab 01.01.2016

<sup>5</sup> Satzungsantrag Nr. 30 vom 08.12.2017 - in Kraft ab 01.01.2018

IX. Der Verwaltungsrat kann schriftlich abstimmen. Das Nähere ist in der Geschäftsordnung geregelt. Der Verwaltungsrat kann insbesondere in folgenden Fällen schriftlich abstimmen:

1. bei Änderungen der Satzung, die sich zwingend aus Gesetzesänderungen ergeben,
2. bei Änderungen der Satzung sowie von Beschlüssen des Verwaltungsrates, soweit es sich um Fragen der Formulierung ohne Änderung des sachlichen Inhalts, um die Beseitigung von offensichtlichen Unrichtigkeiten oder um Änderungen handelt, die erforderlich sind, um die Fassung eines Beschlusses mit dem tatsächlichen Ergebnis der Beratung in Übereinstimmung zu bringen,
3. in Angelegenheiten, die nach Beratung in einer Sitzung aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren abschließend erledigt werden sollen.
4. in eiligen Angelegenheiten, die in der Regel keiner Beratung bedürfen.

Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV).

## § 3 Vorstand

- I. Dem Vorstand der atlas BKK ahlmann gehört 1 Mitglied an.<sup>6</sup>
- II. Der Vorstand wird vom Verwaltungsrat gewählt.
- III. Der Vorstand verwaltet die atlas BKK ahlmann und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Betriebskrankenkasse maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Befugnisse und Aufgaben:

1. dem Verwaltungsrat über die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu berichten,
  2. dem Verwaltungsrat über die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung regelmäßig zu berichten,
  3. dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten,
  4. den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten,
  5. jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/s vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen,
  6. die atlas BKK ahlmann 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 atlas BKK ahlmann abzuschließen,
  10. die Leistungen festzustellen und auszuzahlen.
- IV. Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der atlas BKK ahlmann wird vom Vorstand eingestellt.
  - V. Der Vorstand erlässt Richtlinien über die Verwaltung der atlas BKK ahlmann.

---

<sup>6</sup> Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 15.03.2010 - in Kraft ab 01.01.2010

## **§ 4 Widerspruchsausschuss**

- I. Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden wird dem Widerspruchsausschuss übertragen. Der Widerspruchsausschuss hat seinen Sitz in Bremen.
- II.
  1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus jeweils 1 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Kreise der Mitglieder des Verwaltungsrates der atlas BKK ahlmann.
  2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Vertretung im Verhinderungsfall.
  3. Der Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgebervertreter des Widerspruchsausschusses wird von den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates gewählt. Die Wahl erfolgt für die Amtszeit des Verwaltungsrates. Die Mitglieder des Widerspruchsausschusses bleiben im Amt, bis ihre Nachfolger das Amt antreten.
  4. Das Amt der Mitglieder des Widerspruchsausschusses ist ein Ehrenamt. §§ 40 bis 42, 59 und § 63 Abs. 3a und 4 SGB IV gelten entsprechend.
  5. Der Vorsitz des Widerspruchsausschusses wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und dem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der atlas BKK ahlmann sein kann.
  6. Der Vorstand oder ein vom Vorstand Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.
  7. Der Widerspruchsausschuss ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt sind.
  8. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.
- 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 u. 4 oder 5 Satz 1 2. Halbsatz OWiG wahr.



## **§ 5 Kreis der versicherten Personen<sup>7</sup>**

I. Zum Kreis der bei der atlas BKK ahlmann versicherten Personen gehören:

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

II. Nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 SGB V können versicherungsberechtigte schwerbehinderte Menschen der atlas BKK ahlmann nur dann beitreten, wenn sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

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.

---

<sup>7</sup> Satzungsnachtrag Nr. 29 vom 08.12.2017 - in Kraft ab 01.01.2018

## § 6 Kündigung der Mitgliedschaft

- I. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden<sup>8</sup>. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Dem Mitglied ist unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall<sup>9</sup> nachweist.
- II. Erhebt die atlas BKK ahlmann nach § 242 Absatz 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Absatz I Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitrag erhöht wird. Die atlas BKK ahlmann 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 atlas BKK ahlmann 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.<sup>10</sup>
- III. Abweichend von Abs. I Satz 1 können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Absatz I Satz 4 gilt nicht<sup>11</sup>.
- IV. Wenn ein Wahltarif nach §§ 8b oder 15 gewählt wurde, kann die Mitgliedschaft zur atlas BKK ahlmann frühestens unter den Voraussetzungen der §§ 8b Absatz VI und § 15 Absatz XVI, aber nicht vor Ablauf der Kündigungsfrist gemäß § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gekündigt werden. Abs. II gilt mit

---

<sup>8</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

<sup>9</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

<sup>10</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

<sup>11</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

Ausnahme der Mitglieder, die einen Wahltarif gemäß § 15 gewählt haben.<sup>12</sup>  
<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>13</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

## **§ 7 Aufbringung der Mittel**

Die Mittel der atlas BKK ahlmann 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 - entfallen<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Satzungsnachtrag Nr. 18 vom 19.09.2014 - in Kraft ab 01.01.2014

## § 8b Wahltarif "Prämienzahlung"

- I Mitglieder, die im abgelaufenen Kalenderjahr länger als 3 Monate bei der atlas BKK ahlmann versichert waren, erhalten eine Prämienzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der atlas BKK ahlmann in Anspruch genommen haben. Voraussetzung ist, dass das Mitglied der atlas BKK ahlmann spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das die Prämienzahlung erstmals erfolgen soll, erklärt, den Wahltarif in Anspruch nehmen zu wollen.
- II Für die Prämienzahlung ist die Inanspruchnahme folgender Leistungen un-  
schädlich:
- Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V)
  - Primäre Prävention durch Schutzimpfungen (§ 20i SGB V)
  - Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, jährliche 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)
  - Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 SGB V)
  - Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft nach den Mutterschaftsrichtlinien.<sup>15</sup>
- 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 Die jährliche Prämienzahlung beträgt im 1. Jahr 25 v. H., im 2. Jahr 50 v. H., im 3. Jahr 75 v. H. und ab dem 4. Jahr 100 v. H. von 1/12 des im Kalenderjahr an die atlas BKK ahlmann gezahlten Jahresbeitrages und umfasst auch die nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile; Absatz V gilt.
- IV Die Prämienzahlung 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 Wahltarifen 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 Euro bei einem und 900,00 Euro bei mehreren Wahltarifen nicht überschreiten.
- V Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können den Wahltarif nach Abs. 1 nicht wählen.
- VI Die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif beträgt 1 Jahr. Sie beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das Mitglied der atlas BKK ahlmann seine Teilnahme an dem Wahltarif nach Absatz I erklärt, frühestens jedoch mit Be-

<sup>15</sup> Satzungsnachtrag Nr. 25 vom 10.06.2016 - in Kraft ab 01.01.2016

ginn der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse. Die Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 SGB V frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1, 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. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der atlas BKK ahlmann nach § 175 Absatz 4 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der atlas BKK ahlmann.<sup>16</sup>

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.

---

<sup>16</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011



## **§ 9 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz<sup>17</sup>**

Die atlas BKK ahlmann erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Absatz 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes beträgt 1,2 v. H. monatlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds.<sup>18 19</sup>

---

<sup>17</sup> Satzungsnachtrag Nr. 23 vom 11.12.2015 - in Kraft ab 01.01.2016

<sup>18</sup> Satzungsnachtrag Nr. 19 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

<sup>19</sup> Satzungsnachtrag Nr. 23 vom 11.12.2015 - in Kraft ab 01.01.2016

## **§ 9a Übertragung des Ausgleichsverfahrens gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 5 AAG und § 8 Abs. 2 AAG (Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen)**

- I. Die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens nach dem AAG wird dem BKK Landesverband Mitte übertragen.<sup>20</sup>
- II. Der Einzug der Umlagen erfolgt durch die atlas BKK ahlmann; die von den Arbeitgebern gezahlten Umlagen werden an den BKK-Landesverband Mitte weitergeleitet.
- III. Bezüglich des U1- und U2-Verfahrens i.S.d. AAG wird dem BKK-Landesverband Mitte gemäß § 9 Abs. 5 AAG die Satzungshoheit übertragen. Insbesondere wird der BKK-Landesverband Mitte ermächtigt, die für die Durchführung des U1- und U2-Verfahrens erforderlichen Verwaltungsakte zu erlassen.

---

<sup>20</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

## **§ 9b - entfallen<sup>21</sup>**

---

<sup>21</sup> Satzungsnachtrag Nr. 21 vom 24.04.2015 - in Kraft ab 01.04.2015

## § 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 Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge einschließlich<sup>22</sup> des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V werden entsprechend den Regelungen der „Einheitlichen Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ in der jeweils gültigen Fassung fällig.
- III Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, werden die Beiträge aus Versorgungsbezügen am 15. des Folgemonats der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig<sup>23</sup> (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

---

<sup>22</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

<sup>23</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

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

Im Rahmen von § 19 Abs. 2 VwVG wird eine Mahngebühr erhoben.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Satzungsnachtrag Nr. 21 vom 24.04.2015 - in Kraft ab 01.01.2015

## § 11 Höhe der Rücklage

Die Rücklage nach § 261 SGB V beträgt 25 v.H.<sup>25 26</sup> des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

---

<sup>25</sup> Satzungsnachtrag Nr. 16 vom 17.01.2014 - in Kraft ab 01.01.2014

<sup>26</sup> Satzungsnachtrag Nr. 23 vom 11.12.2015 - in Kraft ab 01.01.2016

## § 12 Leistungen

### I. Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der atlas BKK ahlmann 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.<sup>27</sup>

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. Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Die Dauer ist auf 8 Wochen je Krankheitsfall begrenzt.

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

### III. Haushaltshilfe<sup>28</sup>

1. Die atlas BKK ahlmann gewährt auch dann Haushaltshilfe, wenn und solange dem Versicherten die Weiterführung des Haushaltes nach ärztlicher Bescheinigung bei akuter Erkrankung nicht möglich ist.<sup>29</sup>
2. Die Leistung wird je Krankheitsfall für einen Zeitraum bis zu 26 Wochen gewährt, soweit eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Der Anspruch ist ausgeschlossen, wenn und soweit Ansprüche im Sinne des SGB XI bestehen.

<sup>27</sup> Satzungsnachtrag Nr. 25 vom 10.06.2016 - in Kraft ab 01.01.2016

<sup>28</sup> Satzungsnachtrag Nr. 7 vom 13.07.2012 - in Kraft ab 01.07.2012

<sup>29</sup> Satzungsnachtrag Nr. 27 vom 09.09.2016 - in Kraft ab 21.10.2016

3. Die Haushaltshilfe wird, wenn bei Beginn der Haushaltshilfe ein Kind im Haushalt lebt, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, für maximal 8 Stunden täglich gewährt. In anderen Fällen wird die Haushaltshilfe für maximal 3 Stunden kalendertäglich gewährt.
4. Als Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, so sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum 2. Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
5. Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V.

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

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

#### **V. Kostenerstattung**

1. Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie die atlas BKK ahlmann vor Inanspruchnahme in Kenntnis zu setzen. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der atlas BKK ahlmann 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.<sup>30</sup>
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).

---

<sup>30</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011



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 atlas BKK ahlmann davon Kenntnis erhält.<sup>31</sup>
4. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen und durch ärztliche Verordnungen nachzuweisen.<sup>32</sup>
5. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die atlas BKK ahlmann bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v. H., maximal 40,00 Euro für Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.<sup>33</sup>
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, an Stelle der Sach- und 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.<sup>34,35</sup>

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

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

Der Erstattungsbetrag ist um 10 v. H., mindestens 3,00 Euro und maximal 50,00 Euro für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaft-

---

<sup>31</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>32</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>33</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>34</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>35</sup> Satzungsnachtrag Nr. 31 vom 24.08.2018 - in Kraft ab 23.11.2018

lichkeitsprüfung zu kürzen. Vorgesehenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.<sup>36</sup>

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

8. Abweichend von Ziffer 7 können in einem anderen Mitgliedsstaat 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 atlas BKK ahlmann 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.<sup>37</sup>

## **VI. Kostenerstattung Wahlarzneimittel<sup>38</sup>**

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.

1. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist um 25 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.
2. § 12 Abs. V Nr. 4, 5 und 6 gelten.

## **VII. Zusätzliche Satzungsleistungen<sup>39</sup>**

Die atlas BKK ahlmann übernimmt zusätzlich zu den gesetzlich vorgesehenen Leistungen, die nachfolgend aufgeführten Leistungen:

### **I. Hilfsmittel**

Nr. 1 Unterkieferprotusionsschienen<sup>40</sup>

---

<sup>36</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>37</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>38</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>39</sup> Satzungsnachtrag Nr. 8 vom 13.07.2012 - in Kraft ab 01.07.2012

<sup>40</sup> Satzungsnachtrag Nr. 31 vom 24.08.2018 - in Kraft ab 23.11.2018

Die atlas BKK ahlmann gewährt ihren Versicherten nach § 11 Abs. 6 SGB V neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V zusätzlich Unterkieferprotrusionsschienen. Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Voraussetzungen:

- Diagnose: Upper Airway Resistance Syndrom (UARS)
- leicht- bis mittelgradiger obstruktiver Schlafapnoe (AHI bis ca. 30<sup>41</sup>/h) mit geringer klinischer Symptomatik
- Patient verfügt über eine ausreichende intraorale Verankerungsmöglichkeit
- BMI des Patienten bis ca. 30
- Verordnung durch einen zertifizierten Behandler nach der DGZS.

Die atlas BKK ahlmann erstattet ihren Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten der Protrusionsschiene abzüglich des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteils für Hilfsmittel. Bei Ausschluss der Unterkieferprotrusionsschiene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.

#### Nr. 2 Kopforthesen (Molding helmets/Cranio-Helmtherapie)<sup>42</sup>

Die atlas BKK ahlmann gewährt ihren Versicherten zusätzlich bis zum vollendeten 15. Lebensmonat nach § 11 Abs. 6 SGB V neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V zusätzlich eine Versorgung mittels Kopforthesen (Molding helmets/Cranio-Helmtherapie). Die Kosten werden übernommen, sofern die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung/Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgte und von diesen bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind.

Die atlas BKK ahlmann erstattet ihren Versicherten die tatsächlich entstandenen Kosten der Kopforthesen abzüglich des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteils für Hilfsmittel. Bei Ausschluss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.

## II. Künstliche Befruchtung

Die atlas BKK ahlmann gewährt ihren Versicherten, die Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung entsprechend der Regelung des § 27a SGB V haben, neben den gesetzlich vorgeschriebenen 50 v. H. der Behandlungskosten weitere 25 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen.

---

<sup>41</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

<sup>42</sup> Satzungsnachtrag Nr. 31 vom 24.08.2018 - in Kraft ab 23.11.2018

### III. Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern

#### Nr. 1

- a) Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung<sup>43</sup> osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit<sup>44</sup> zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Berufsverband für Osteopathen berechtigt oder der bereits Mitglied eines Berufsverbandes für Osteopathen ist.
- b) Die atlas BKK ahlmann übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet werden 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 65,00 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Verordnung<sup>45</sup> vorzulegen.

#### Nr. 2 **entfallen**<sup>46</sup>

### IV. Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie und Antroposophie)

Die atlas BKK ahlmann erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Antroposophie, sofern:

- a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf einem Privatrezept erfolgte und
- c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.

Die atlas BKK ahlmann erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Abs. 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 120,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.

Bei Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie,

---

<sup>43</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 09.10.2013

<sup>44</sup> Satzungsnachtrag Nr. 15 vom 29.11.2013 - in Kraft ab 01.01.2014

<sup>45</sup> Satzungsnachtrag Nr. 20 vom 12.12.2014 - in Kraft ab 01.01.2015

<sup>46</sup> Satzungsnachtrag Nr. 32 vom 07.12.2018 – in Kraft ab 01.02.2019

Phytotherapie und Anthroposophie) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entfällt eine Kostenerstattung.<sup>47</sup>

#### V. Zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz

Die atlas BKK ahlmann beteiligt sich bei ihren Versicherten an den Kosten der Professionellen Zahnreinigung (PZR). Die atlas BKK ahlmann übernimmt die Kosten 1 x kalenderjährlich in Höhe von bis zu maximal 50,00 Euro für eine PZR. Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen der Zahnarztpraxis oder eines entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers vorzulegen. Voraussetzung ist, dass die PZR durch eine für die kassenzahnärztliche Versorgung zugelassene Zahnarztpraxis oder einen entsprechend nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer durchgeführt wird.<sup>48</sup>

#### VI. Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie medizinische Vorsorgeleistungen<sup>49/50</sup>

Die atlas BKK ahlmann stellt ihren Versicherten folgende, durch Hebammen erbrachte, Mehrleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft zur Verfügung:

##### - **Rufbereitschaft Hebammen**

Weiblichen Versicherten, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme in Anspruch nehmen, erstattet die atlas BKK ahlmann Kosten, die für die Rufbereitschaft der Hebamme ab der 38. Schwangerschaftswoche und 2 Wochen nach der Entbindung entstehen. Voraussetzung ist, dass die Hebamme gemäß § 134a Abs. 2 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V als Leistungserbringerin zugelassen bzw. berechtigt ist. Die Rufbereitschaft muss die 24-stündige Erreichbarkeit der Hebamme und die sofortige Bereitschaft zu mehrstündiger Geburtshilfe beinhalten. Kosten für die Rufbereitschaft einer weiteren Hebamme werden nicht erstattet.

##### - **Geburtsvorbereitungskurs**

für Ehemann oder Partner, wenn dieser bei der atlas BKK ahlmann versichert ist. Der Geburtsvorbereitungskurs muss von einer Hebamme, die nach § 134a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 13 Abs. 4 SGB V zur Leistungserbringung berechtigt ist, erbracht werden.

Darüber hinaus beteiligt sich die atlas BKK ahlmann an

##### - **zusätzlichen Vorsorgemaßnahmen**

---

<sup>47</sup> Satzungsnachtrag Nr. 13 vom 14.12.2012 - in Kraft ab 01.01.2013

<sup>48</sup> Satzungsnachtrag Nr. 27 vom 09.09.2016 - in Kraft ab 01.01.2017

<sup>49</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 01.07.2013

<sup>50</sup> Satzungsnachtrag Nr. 27 vom 09.09.2016 - in Kraft ab 01.01.2017

Die atlas BKK ahlmann beteiligt sich bei vorliegenden Risikofaktoren und wenn ein konkreter individueller Untersuchungsanlass besteht, mit dem Ziel einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken, an folgenden zusätzlichen Vorsorgemaßnahmen, sofern diese keine Leistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien sind:

- Nackenfaltenmessung,
- Ersttrimester-Screening,
- Triple-Test,
- Toxoplasmosetest,
- B-Streptokokken-Untersuchung,
- Ultraschalluntersuchungen.

Der Erstattungsbetrag für die aufgeführten Leistungen ist auf bis zu 500,00 Euro je Schwangerschaft begrenzt. Zur Erstattung sind personalisierte Originalrechnungen vorzulegen.

VII. unbesetzt

## VIII. Sportmedizinische Untersuchung<sup>51</sup>

1. Versicherte der atlas BKK ahlmann können eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung in Anspruch nehmen, wenn diese nach ärztlicher Bescheinigung dazu geeignet und notwendig ist, kardiale oder orthopädische Erkrankungen zu verhüten und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Sofern ärztlich bescheinigte Risiken vorliegen, aufgrund derer im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung zusätzlich ein Belastungs-Elektrokardiogramm, eine Lungenfunktionsuntersuchung und eine Laktatbestimmung erforderlich sind, können Versicherte der atlas BKK ahlmann diese Leistungen ergänzend in Anspruch nehmen. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmediziner" führen.
2. Die atlas BKK ahlmann erstattet die tatsächlichen Kosten, jedoch maximal 120,00 Euro für Behandlungen nach Abs. 1 Satz 1 und Abs. 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen. Eine Erstattung für eine erneute sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist möglich, wenn seit dem Zeitpunkt der Durchführung der vorangegangenen sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und Beratung, für die eine Erstattung erfolgt ist, mindestens zwei Kalenderjahre vergangen sind.

## IX. entfallen<sup>5253</sup>

---

<sup>51</sup> Satzungsnachtrag Nr. 17 vom 17.01.2014 - in Kraft ab 01.07.2014

<sup>52</sup> Satzungsnachtrag Nr. 17 vom 17.01.2014 - in Kraft ab 01.07.2014

<sup>53</sup> Satzungsnachtrag Nr. 27 vom 09.09.2016 - in Kraft ab 01.01.2017

## § 12a Primärprävention<sup>54</sup>

I.<sup>55</sup> Zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die atlas BKK ahlmann auf Basis des Leitfadens Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung – Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:<sup>56</sup>

\* Bewegungsgewohnheiten:

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

\* Ernährung:

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

\* Stressmanagement:

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung

\* Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums.<sup>57</sup>

Die Förderung durch die BKK ist auf maximal zwei Kurse pro Versichertem und Kalenderjahr begrenzt.<sup>58 59</sup>

Leistungen, die von der atlas BKK ahlmann 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 (Nachweis der Teilnahme von mindestens 80 v. H. der Kurseinheiten) ein Zuschuss in Höhe von bis zu 150,00 Euro je Kurs gewährt.<sup>60</sup>

II.<sup>61</sup> Als Maßnahme zur Prävention beteiligt sich die atlas BKK ahlmann auf Basis des Leitfadens Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzen-

<sup>54</sup> Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 15.03.2010 - in Kraft ab 01.01.2010

<sup>55</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 01.01.2013

<sup>56</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>57</sup> Satzungsnachtrag Nr.22 vom 11.12.2015 - in Kraft ab 01.01.2016

<sup>58</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>59</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 09.10.2013

<sup>60</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

<sup>61</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 01.01.2013



verbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils gültigen Fassung - Leistungen zur primären Prävention nach dem individuellen Ansatz (GKV-Leitfaden Prävention) an den Kosten der BKK-Aktivwoche.

Die BKK-Aktivwoche wird durch die Gesundheitservice Management GSM GmbH in Leverkusen zu den vereinbarten Bedingungen durchgeführt. Die Gesundheitservice Management GSM GmbH stellt die inhaltliche Konformität der BKK-Aktivwoche mit dem jeweils aktuellen GKV-Leitfaden Prävention gegenüber der atlas BKK ahlmann sicher.

Die atlas BKK ahlmann übernimmt für das Präventionsprogramm im Rahmen der BKK-Aktivwoche den jeweils gültigen mit der Gesundheitservice gGmbH vereinbarten Zuschuss. Der Zuschuss beträgt aktuell für Erwachsene maximal 160,00 Euro und für Kinder ab 6 Jahren maximal 110,00 Euro. Der Zuschuss für eine BKK-Aktivwoche wird von der atlas BKK ahlmann einmal pro Kalenderjahr gezahlt.

## § 12b Schutzimpfungen<sup>62</sup>

- I. Die atlas BKK ahlmann gewährt zur Verhütung von Krankheiten Leistungen für Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten. Die Versicherten erhalten auch im Falle eines nicht berufsbedingten Auslandsaufenthaltes zum Schutz der öffentlichen Gesundheit Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn diese von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlen werden. Die vorstehenden Regelungen gelten dann, wenn und soweit eine Leistungspflicht nicht schon nach § 20i Abs. 1 SGB V besteht.<sup>63</sup> Die atlas BKK ahlmann gewährt die Leistungen nach Abs. 1 grundsätzlich als Sachleistungen oder erstattet die Kosten in voller Höhe. Bestehen keine gesetzlichen Regelungen, übernimmt die atlas BKK ahlmann die Kosten oder gewährt Zuschüsse. Sofern ein anderer Kostenträger für die Kostenerstattung zuständig ist, gewährt die atlas BKK ahlmann keine Leistungen für Schutzimpfungen.
- II. Gripeschutzimpfungen, die regional von anderen Krankenkassen in deren Bereich durchgeführt werden, werden von der atlas BKK ahlmann auch übernommen, wenn für die atlas BKK ahlmann keine vertraglichen Regelungen bestehen. Ausgeschlossen sind Impfungen für Mitglieder, die von der Möglichkeit der betrieblichen Schutzimpfungen keinen Gebrauch gemacht haben.
- III. Die atlas BKK ahlmann übernimmt Schutzimpfungen für Schülerinnen und Schüler vom örtlichen Gesundheitsdienst, wenn sie bei der atlas BKK ahlmann versichert sind.

---

<sup>62</sup> Satzungsnachtrag Nr. 7 vom 13.07.2012 - in Kraft ab 01.07.2012

<sup>63</sup> Satzungsnachtrag Nr. 22 vom 11.12.2015 - in Kraft ab 01.01.2016

## **§ 12c 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.
  
- II. Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte der atlas BKK ahlmann 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 atlas BKK ahlmann darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass er bei einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme zum Ersatz der der atlas BKK ahlmann insoweit entstandenen Kosten verpflichtet ist. Die Erklärung ist für das Mitglied und die ggf. familienversicherten Angehörigen abzugeben. Die atlas BKK ahlmann kann zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten.

## **§ 13 Medizinische Vorsorgeleistungen**

- I. Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V übernimmt die atlas BKK ahlmann als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurtaxe kalendertäglich 13,00 Euro. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 21,00 Euro.

## § 13a Wahltarif "Strukturierte Behandlungsprogramme"<sup>64</sup>

- I. Die atlas BKK ahlmann führt im Rahmen von § 137f SGB V folgende strukturierte Behandlungsprogramme durch:
1. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1
  2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2
  3. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebs
  4. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit
  5. Strukturiertes Behandlungsprogramm für Asthma
  6. Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

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

- II.<sup>65</sup> gestrichen

---

<sup>64</sup> Satzungsnachtrag Nr. 18 vom 19.09.2014 - in Kraft ab 01.01.2014

<sup>65</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 09.10.2013

## **§ 13b Wahltarif "Hausarztzentrierte Versorgung" (§73b SGB V)<sup>66</sup>**

- I. Die atlas BKK ahlmann 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.
- 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 fehlender Mitwirkung
  - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
  - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Satzungsnachtrag Nr. 18 vom 19.09.2014 - in Kraft ab 01.01.2014

<sup>67</sup> Satzungsnachtrag Nr. 25 vom 10.06.2016 - in Kraft ab 01.01.2016

## § 13c Wahltarif Besondere Versorgung<sup>686970</sup>

- I. Die atlas BKK ahlmann 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. Vor Abgabe der Teilnahmeerklärung wird der Versicherte umfassend und in schriftlicher Form informiert über:
  - den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages
  - die Freiwilligkeit der Teilnahme
  - die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben
  - etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung
  - die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung
  - die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme
  - die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

---

<sup>68</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 01.01.2013

<sup>69</sup> Satzungsnachtrag Nr. 18 vom 19.09.2014 - in Kraft ab 01.01.2014

<sup>70</sup> Satzungsnachtrag Nr. 25 vom 10.06.2016 - in Kraft ab 01.01.2016

## § 13d - entfallen<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Satzungsnachtrag Nr. 14 vom 16.08.2013 - in Kraft ab 01.01.2013



## § 13e - entfallen<sup>7273</sup>

---

<sup>72</sup> Satzungsnachtrag Nr. 18 vom 19.09.2014 - in Kraft ab 01.01.2014

<sup>73</sup> Satzungsnachtrag Nr. 25 vom 10.06.2016 - in Kraft ab 01.01.2016

## **§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten<sup>74</sup>**

- I. Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, die Voraussetzungen gem. Absatz III aus den Punkten 1 bis 11 innerhalb ihres Bonuszeitraums nachweisen:
1. Der Versicherte nimmt eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 SGB V in Anspruch (ärztliche Gesundheitsuntersuchung).
  2. Der Versicherte nimmt eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 2 SGB V in Anspruch (Krebsfrüherkennung außer Hautkrebsvorsorge).
  3. Der Versicherte nimmt eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken nach § 21, § 22 Abs. 1 oder § 55 Abs. 1 Satz 4 SGB V in Anspruch (zahnärztliche Kontrolluntersuchung).
  4. Der Versicherte nimmt eine Leistung zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten in Anspruch (Kinder- und Jugenduntersuchungen).
  5. Der Versicherte nimmt am Hautkrebs-Screening nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien teil.
  6. Der Versicherte weist eine aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein bzw. einem qualitätsgesicherten Fitnessstudio durch Bestätigung nach.
  7. Der Versicherte hat die Schutzimpfungen nach § 20i SGB V vollständig in Anspruch genommen.
  8. Der Versicherte weist die Abnahme des Sportabzeichens nach den Vorgaben des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB-Sportabzeichen) oder die Abnahme eines Frühschwimmer- bzw. Schwimmabzeichens des Deutschen Schwimmverbandes bzw. der DLRG oder des Wanderabzeichens des Deutschen Wanderverbandes oder ein Leistungsabzeichen des Bundes Deutscher Radfahrer nach.
  9. Der Versicherte nimmt eine zertifizierte Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention gemäß § 20 Abs. 5 SGB V in Anspruch.
  10. Die Gesundheitswerte des Versicherten bei Blutdruck, Blutzucker, Body-Mass-Index oder Cholesterin befinden sich im Normbereich (Nachweis durch ärztliche Bestätigung).

---

<sup>74</sup> Satzungsantrag Nr. 31 vom 24.08.2018 - in Kraft ab 01.01.2019

11. Der Versicherte ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher. Diese Maßnahme kann erst ab Beginn des 13. Lebensjahres erfüllt werden.
- II. Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Arzt oder ggf. anderem qualifizierten Personal wie Apotheker bzw. dem Anbieter der Leistung im Bonusheft quittiert.
- III. Für den Versicherten gilt eine Altersstaffelung zur Erfüllung der Voraussetzungen, damit eine Bonusauszahlung erfolgen kann:
- a. Ab Geburt bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres:  
Es müssen insgesamt 4 Voraussetzungen aus den Punkten 1 bis 10 erfüllt sein, damit eine Bonusauszahlung erfolgen kann.
- b. Ab Beginn des 13. Lebensjahres:  
Es müssen insgesamt 5 Voraussetzungen aus den Punkten 1 bis 11 erfüllt sein, damit eine Bonusauszahlung erfolgen kann.

Für die Erfüllung der 4 bzw. 5 Voraussetzungen kann aus den Punkten 1 bis 10 bzw. 11 jeweils nur eine Maßnahme je Punkt im Bonuszeitraum als Voraussetzung anerkannt werden.

Höhe der Bonusauszahlung      120,00 Euro.

- IV. Der Bonuszeitraum ist das jeweilige Lebensjahr. Die Mindestvoraussetzungen nach den Punkten 1 bis 11 sind in diesem Zeitraum nachzuweisen. Die Auszahlung erfolgt für den jeweiligen Bonuszeitraum (Lebensjahr), wenn der Versicherte im Bonuszeitraum bei der atlas BKK ahlmann versichert war. Die Bonusunterlagen müssen spätestens 3 Monate nach Vollendung des jeweiligen Bonuszeitraumes (Lebensjahr) eingereicht werden. Maßgeblich für die fristgerechte Antragstellung ist der Eingang (Posteingangsstempel) bei der atlas BKK ahlmann bzw. ein Nachweis über die Absendung des Antrages an die atlas BKK ahlmann innerhalb der in Satz 4 genannten Frist. Die Bonus-Zahlung erfolgt unverzüglich nach dem Ende des Bonuszeitraumes und Abschluss der Antragsbearbeitung.

## **§ 14a Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung<sup>75</sup>**

- I. Der Arbeitgeber erhält einen Bonus, wenn dieser die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses nach den Kriterien des vom GKV-Spitzenverbandes herausgegeben Leitfadens Prävention in der jeweiligen gültigen Fassung nachweist und diese nicht bereits Gegenstand seiner Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz oder des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 SGB IX) sind.
  
- II. Die atlas BKK ahlmann schließt hierzu mit dem Arbeitgeber für alle ausgewählten Betriebsteile einen Bonusvertrag ab. Der Bonusvertrag regelt die Voraussetzungen der Bonusgewährung, die Einzelheiten zur Nachweiserbringung sowie die Höhe und Auszahlung des Bonus.

---

<sup>75</sup> Satzungsnachtrag Nr. 28 vom 09.12.2016 - in Kraft ab 01.01.2017

## **§ 14b Arbeitnehmerbonus für die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung<sup>76</sup>**

- I. Versicherte haben Anspruch auf einen Bonus, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres an mindestens einem qualitätsgesicherten und gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zertifizierten Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung ihres Arbeitgebers
  1. Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
  2. Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
  3. Suchtprävention im Betrieb oder
  4. zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkungvollständig teilnehmen.
  
- II. Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 5,00 Euro je Maßnahme zum 1.4. des Folgejahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an einer Maßnahme nach Absatz 1 nachgewiesen wurden.

---

<sup>76</sup> Satzungsnachtrag Nr. 28 vom 09.12.2016 – in Kraft ab 01.01.2017

## § 14c - entfallen<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Satzungsnachtrag Nr. 31 vom 24.08.2018 - in Kraft ab 01.01.2019

## § 15 Wahltarife Krankengeld<sup>78</sup>

### Allgemeines

- I. Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Abs. 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V einen Anspruch auf gesetzliches Krankengeld haben, können diese Tarife bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres wählen, danach nur dann, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Laufzeit mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld versichert waren. 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.<sup>79</sup>

### Anspruch

- II. Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen haben Mitglieder, wenn Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Eine auf Kosten der Krankenkasse durchgeführte stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 SGB V oder Vorsorgeeinrichtung (§ 23 Abs. 4 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 den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen. 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 6. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich nach Eingang

<sup>78</sup> Satzungsantrag Nr. 1 vom 15.03.2010 - in Kraft ab 01.01.2010

<sup>79</sup> Satzungsantrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

der Wahlerklärung ereignet hat. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

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

(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. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Für Mitglieder, die

- bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben,
- den Tarif im Rahmen des § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V wählen,

besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif sich im Falle des Absatzes XV nahtlos an den vorherigen Tarif anschließt oder mit Wirkung vom 1. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V genannten Termin gewählt wird. Für bis zum 31. Juli 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeiten, bei denen nach dem bis zum 31. Juli 2009 gewählten Krankengeld-Wahltarif kein Anspruch auf Krankengeld mehr entstehen konnte, beginnt die Karenzzeit am 1. August 2009.

IV. - unbesetzt -

V. Für den Anspruch auf Krankengeld ist die Arbeitsunfähigkeit und deren Fortdauer vom Mitglied durch entsprechende ärztliche Bescheinigungen nachzu-



weisen, 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.

VI. 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.

VII. 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 Leistungen; dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVI oder XVII
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,

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

### **Höhe**

VIII. Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Versicherten

1. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeits-einkommen von jährlich 44.100,00 Euro = 25,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-25"),
2. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 44.100,00 Euro = 45,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-45"),
3. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 44.100,00 Euro = 65,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-65"),
4. bis zu einem zuletzt der Beitragsbemessung zur gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen von jährlich 44.100,00 Euro = 85,00 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit (Tarif "SU-85"),

Die in § 46 Satz 3 SGB V genannten Mitglieder erhalten ein einkommensabhängiges Krankengeld in Höhe der gesetzlichen Vorschrift (§ 47 SGB V.)

Es erfolgt eine jährliche Überprüfung des Arbeitsentgelts bzw. Arbeits-einkommens seitens der Betriebskrankenkasse.

- IX. Das Mitglied hat auf Verlangen der Betriebskrankenkasse sein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen in geeigneter Form (z.B. Einkommens-steuerbescheid) 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/Arbeitseinkommen abzustellen, welches in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht. Sofern das Mitglied negatives Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen erwirtschaftet, besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Der Beurteilungsmaßstab für Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen im Sinne dieser Tarife erfolgt analog den Regelungen und den hierzu ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen zur Beitragsbemessung zur gesetzlichen Kranken-versicherung.

## **Zahlung**

- X. Die Zahlung des Krankengeldes setzt den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz V 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

## **Dauer**

- XI. Anspruch auf Krankengeld besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zu deren 42. Tag.

Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung für längstens 27 Tage innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer. Sofern im letzten 12 Monatszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen 12 Monatszeitraums 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. Für die vorgenannte Ermittlung der Anspruchsdauer ist ein Tarifgruppenwechsel nach den Absätzen XVIII oder XIX unbeachtlich.

- XII. -unbesetzt-

## **Ruhen**

- XIII. 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, der nach Art und Umfang dem gesetzlichen Krankengeld vergleichbar ist, 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.<sup>80</sup> Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens 2 Monatsbeträgen im Rückstand ist und trotz Mahnung die Rückstände nicht vollständig zahlt; fällige Mahngebühren stehen den Prämienzahlungen hierbei gleich. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit lebt der Anspruch erst mit vollständiger Begleichung der fälligen Rückstände wieder auf. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beträge erfolgt.

- XIV. Die §§ 16 Abs. 1-3a 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**

- XV. Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt – vorbehaltlich § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V – mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung 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.

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V Gebrauch gemacht haben, beginnt der Tarif am 1. August 2009, wenn die Wahl des Tarifes bis zum 31. Dezember 2009 erfolgt ist; der Antrag gilt in diesem Fall als bis zum 30. September 2009 gestellt. 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.

---

<sup>80</sup> Satzungsnachtrag Nr. 4 vom 05.08.2011 - in Kraft ab 01.01.2011

## Kündigung

- XVI. Die Kündigung des Tarifs muss durch schriftliche Erklärung spätestens 3 Monate 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 XVII frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XVII. Für den Wahltarif besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Fortführung für das Mitglied eine unverhältnismäßige Härte darstellen würde, insbesondere bei Anmeldung von Privatinsolvenz oder bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII. Die schriftliche Kündigung wird in diesen Fällen mit Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats, frühestens zum Zeitpunkt des die Sonderkündigung begründenden Ereignisses, wirksam. Mit entsprechender Frist kann eine Kündigung ebenfalls bei wesentlichen inhaltlichen Veränderungen der Tarifbedingungen oder bei einer Prämienhöhung um mehr als 10 v.H., bezogen jeweils auf 1 Jahr der Mindestbindung, erfolgen.

## Wechsel

- XVIII. Ein Wechsel unter den verschiedenen Tarifgruppen ist durch schriftliche Erklärung möglich, wenn zum Zeitpunkt der Wahl keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Wechsel lässt die 3-jährige Mindestbindungsfrist unberührt. Ein Wechsel in eine andere Tarifgruppe ist – vorbehaltlich Absatz XIX – höchstens einmal pro Zeitjahr der Mindestbindungsfrist möglich. Die Wahl kann unter den Tarifgruppen erfolgen, deren Voraussetzungen jeweils erfüllt werden. Die Laufzeit der neu gewählten Tarifgruppe beginnt mit dem auf den Eingang der Erklärung bei der Betriebskrankenkasse folgenden Kalendermonat nach Eingang der Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse. Sofern zum Zeitpunkt des beabsichtigten Wechsels in eine leistungsausweitende Tarifgruppe Arbeitsunfähigkeit besteht, kann die Laufzeit der neuen Tarifgruppe erst frühestens mit Beginn des auf das Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Kalendermonats beginnen; der bisherige Tarif wird solange fortgeführt. Nach Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe besteht bei erfolgtem Wechsel in eine leistungsausweitende Tarifgruppe eine Wartezeit im Sinne des Absatzes III von 6. Kalendermonaten. Bei einem Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe nach diesem Absatz oder Absatz XIX werden für vor dem

Beginn der Laufzeit der neuen Tarifgruppe festgestellte Arbeitsunfähigkeiten die Leistungsansprüche ab diesem Zeitpunkt ausschließlich aus der neuen Tarifgruppe abgeleitet.

- XIX. Der Wechsel in eine leistungseinschränkende Tarifgruppe hat zu erfolgen, wenn die der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Einnahmen nach Absatz IX die in Absatz VIII genannten Grenzen unterschreiten. Dies gilt auch im Falle des laufenden Leistungsbezuges. Die neue Tarifgruppe gilt ab Beginn des Kalendermonats, der der Feststellung der Betriebskrankenkasse über das Unterschreiten folgt.

### Prämien

- XX. Aus der Kombination der Wahl der Karenzzeit nach Absatz III und der Höhe des Krankengeldes nach Absatz VII ergeben sich die Tarifikennzahlen. Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifen/Tarifgruppen

<b>Tarif</b>	<b>Euro</b>
<i>SU 25</i>	<i>15,00</i>
<i>SU 45</i>	<i>30,00</i>
<i>SU 65</i>	<i>45,00</i>
<i>SU 85</i>	<i>60,00</i>
KUP	8,75

- XXI. Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die Betriebskrankenkasse zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XXII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. (Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XVIII oder XIX ist die aus der neuen Tarifgruppe zu entrichtende Prämie ab dem Beginn der Laufzeit der Tarifgruppe 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.

- XXII. Die Prämie wird jeweils im voraus fällig, spätestens – bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs,

XXIII. Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden mit der Mahnung Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 VwVG erhoben.

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

## **§ 16 Kooperation mit der PKV**

Die atlas BKK ahlmann vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsver-sicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.



## **§ 17 Aufsicht**

Die Aufsicht über die atlas BKK ahlmann führt das Bundesversicherungsamt.

## **§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband**

Die atlas BKK ahlmann gehört dem BKK Landesverband Mitte als Mitglied nach den Bestimmungen seiner Satzung an.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Satzungsnachtrag Nr. 1 vom 15.03.2010 - in Kraft ab 01.01.2010

## § 19 Bekanntmachungen<sup>82</sup>

Die Satzung und sonstiges autonomes Recht der atlas BKK ahlmann wird durch Veröffentlichung im Internet unter [www.atlasbkkahlmann.de](http://www.atlasbkkahlmann.de), nachrichtlich durch 2-wöchigen Aushang in der Hauptgeschäftsstelle, bekannt gemacht. Die Bekanntmachung gilt mit Ablauf des ersten Tages der Veröffentlichung im Internet als vollzogen. Im Internet wird der Satzungstext mit Genehmigungsformel dauerhaft eingestellt. Der Zeitpunkt des Einstellens wird dokumentiert.

---

<sup>82</sup> Satzungsnachtrag Nr. 28 vom 09.12.2016 - in Kraft ab 29.12.2016

## **§ 20 Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse<sup>83</sup>**

Die atlas BKK ahlmann 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 Mitgliederzeitung der atlas BKK ahlmann veröffentlicht und liegen zur Einsicht in den Geschäftsstellen der atlas BKK ahlmann aus. Zu veröffentlichen sind die in § 305b SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung geregelten Angaben, insbesondere Angaben zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder und Versicherten, zur Höhe und Struktur der Einnahmen, zur Höhe und Struktur der Ausgaben sowie zur Vermögenssituation. Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verwaltungsausgaben werden gesondert ausgewiesen.

---

<sup>83</sup> Satzungsnachtrag Nr. 18 vom 19.09.2014 - in Kraft ab 01.01.2014

## Artikel II

### Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der atlas BKK hat diese Satzung am 06.07.2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2010 in Kraft.

Bremen, 06.07.2009

Der Vorsitzende des  
Verwaltungsrates der  
atlas BKK

Siegel

Der stellvertretende  
Vorsitzende des  
Verwaltungsrates der  
atlas BKK

---

Doris Treis

---

Peter Winter

### Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat der BKK AHLMANN hat diese Satzung am 08.07.2009 beschlossen.
2. Die Satzung tritt am 01.01.2010 in Kraft.

Büdelndorf, 08.07.2009

Der Vorsitzende des  
Verwaltungsrates der  
BKK AHLMANN

Siegel

Der stellvertretende  
Vorsitzende des  
Verwaltungsrates der  
BKK AHLMANN

---

Wolfgang Fischer

---

Rüdiger Meves

=====  
**Inkrafttreten der Satzung der atlas BKK ahlmann und der Nachträge:**

<b>Satzung / Nachtrag</b>	<b>Parapraph</b>	<b>Tag des Inkrafttretens</b>
Satzung (Neufassung) Nachtrag Nr. 1	§ 2 Abs. III Nr. 6 § 3 Abs. I § 3 Abs. III Satz 2 gestrichen § 12 Abs. VI wird Abs. V § 12 Abs. VI wird Abs. V § 12a § 12b Abs. I § 14 § 15 § 18	zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010 rückw. zum 1. Januar 2010
Nachtrag Nr. 2	§ 2 Abs. II Satz 1	ab Beginn der 11. Wahlperiode
Nachtrag Nr. 3	§ 13a – gestrichen § 13c Abs. IV – gestrichen § 14 Abs. III – Prämien § 14 Abs. III – Praxis-Geb.	zum 1. Januar 2011 zum 18. Januar 2011 zum 18. Januar 2011 zum 1. Januar 2011
Nachtrag Nr. 4	§ 6 Abs. IV § 8b Abs. VI Satz 1+3 § 9 Abs. I Satz – gestrichen § 9a Abs. 1 bis 3 § 12 Abs. V – Nr. 1,3,4,6,7,8 § 12 Abs. VI – neu § 12a Satz 1 und 2 – neu § 12a Satz 4 § 13d Abs. III § 15 Abs. I § 15 Abs. XIII	rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011 rückw. zum 1. Januar 2011
Nachtrag Nr. 5	§ 13d Abs. IV § 14 Abs. I Nr. 8 § 11	rückw. zum 1. Januar 2011 zum 1. Januar 2012 zum 1. Januar 2012
Nachtrag Nr. 6	§ 2 Abs. VI -Anlage-	zum 1. Januar 2012
Nachtrag Nr. 7	§ 12b Abs. I	rückw. 1. Juli 2012
Nachtrag Nr. 8	§ 12 Abs. III und VII § 14b § 14c	rückw. 1. Juli 2012 rückw. 1. Juli 2012 rückw. 1. Juli 2012
Nachtrag Nr. 9	§ 5 Abs. II Nr. 3	zum 1. Oktober 2012

Nachtrag Nr. 10	§ 11	zum 1. August 2012
Nachtrag Nr. 11	§ 14 Abs. I, - Nr. 4, Abs. IV § 14c, Abs. IV	zum 1. Januar 2013 zum 1. Januar 2013
Nachtrag Nr. 12	§ 9b - Prämie	am 24. Januar 2013
Nachtrag Nr. 13	§ 12 Abs. VII Nr. IV	zum 1. Januar 2013
Nachtrag Nr. 14	§ 12 Abs. VII Nr. III § 12 Abs. VII Nr. VI § 12a Abs. I § 12a Abs. II § 13a § 13b Abs. II – gestrichen § 13d – entfallen § 14 Abs. III § 14 Abs. IV - Satz 3 § 14 Abs. IV - Satz 4	zum 9. Oktober 2013 zum 1. Juli 2013 zum 9. Oktober 2013 zum 1. Januar 2013 zum 1. Januar 2013 zum 9. Oktober 2013 zum 1. Januar 2013 zum 9. Oktober 2013 zum 1. Januar 2013 zum 9. Oktober 2013
Nachtrag Nr. 15	§ 14 Abs. I § 14 Abs. IV § 14b Abs. IV Satz 5 und 7 § 12 Abs. VII Ziffer III Nr. 1a § 13a Abs. III und IV § 14 Abs. I Nr. 9 und 10	zum 1. Januar 2014 zum 1. Januar 2014 zum 1. Januar 2014 zum 1. Januar 2014 zum 1. Januar 2014 zum 1. Januar 2014
Nachtrag Nr. 16	§ 11 § 9b Abs. I	zum 1. Januar 2014 zum 1. Februar 2014
Nachtrag Nr. 17	§ 12 VII Ziffer VIII und IX	zum 1. Juli 2014
Nachtrag Nr. 18	§ 8a – gestrichen § 12 Abs. VII Ziffer IX § 13a § 13b § 13c § 13e § 20 – neu	rückw. zum 1. Januar 2014 rückw. zum 1. Oktober 2014 rückw. zum 1. Januar 2014 rückw. zum 1. Januar 2014 rückw. zum 1. Januar 2014 rückw. zum 1. Januar 2014 rückw. zum 1. Januar 2014
Nachtrag Nr. 19	§ 9	zum 1. Januar 2015
Nachtrag Nr. 20	§ 6 § 10 Abs. II und III § 12 Abs. VII Ziffer I § 12 Abs. VII Ziffer III Nr. 1b § 14 Abs. III	zum 1. Januar 2015 zum 1. Januar 2015 zum 1. Januar 2015 zum 1. Januar 2015 zum 1. Januar 2015

Nachtrag Nr. 21	§ 9b § 10a	zum 1. April 2015 zum 1. Januar 2015
Nachtrag Nr. 22	§ 12a Abs. I Satz 2 § 12b Abs. I Satz 3 § 14 Abs. I Nr. 6, 7 und Abs. III Satz 1	zum 1. Januar 2016 zum 1. Januar 2016 zum 1. Januar 2016
Nachtrag Nr. 23	§ 9 § 11	zum 1. Januar 2016 zum 1. Januar 2016
Nachtrag Nr. 24	§ 2 Abs. I Nr. 1 Satz 3	zum 16. März 2016
Nachtrag Nr. 25	§ 8b Abs. II § 12 Abs. I § 13b § 13c § 13e – entfallen	zum 1. Januar 2016 zum 1. Januar 2016 zum 1. Januar 2016 zum 1. Januar 2016 zum 1. Januar 2016
Nachtrag Nr. 26	§ 2 Abs. VI - Anlage	zum 1. Januar 2016
Nachtrag Nr. 27	§ 5 Abs. I Nr. 7 § 5 Abs. II Nr. 3 § 12 Abs. III Nr. 1 § 12 Abs. VII Ziffer V Satz 3 - gestrichen § 12 Abs. VII Ziffer VI § 12 Abs. VII Ziffer IX – entfallen § 14b – entfallen	zum 21. Oktober 2016 zum 21. Oktober 2016 zum 21. Oktober 2016 zum 1. Januar 2017  zum 1. Januar 2017 zum 1. Januar 2017 zum 1. Januar 2017
Nachtrag Nr. 28	§ 14a § 14b § 19	zum 1. Januar 2017 zum 1. Januar 2017 zum 29. Dezember 2016
Nachtrag Nr. 29	§ 5	zum 1. Januar 2018
Nachtrag Nr. 30	§ 2 Abs. VI - Anlage	zum 1. Januar 2018
Nachtrag Nr. 31	§ 12 Abs. V Nr. 7 Satz 1 § 12 Abs. VII I Nr. 1 und 2 § 14 § 14c -entfallen	zum 23. November 2018 zum 23. November 2018 zum 1. Januar 2019 zum 1. Januar 2019
Nachtrag Nr. 32	§ 12 Abs. VII III Nr. 2 - entfallen	zum 1. Februar 2019