

**Satzung
der**

BKK
exklusiv

Stand: 01.01.2020
In der Fassung des 49. Nachtrages

Präambel

Die BKK exklusiv geht hervor aus den ehemals traditionellen Betriebskrankenkassen der Nordzucker AG, TEUTONIA Zementwerk Aktiengesellschaft, der Gilde Brauerei AG und der Brauerei Beck GmbH & Co KG. Sie kann auf eine über 100-jährige Tradition zurückblicken.

Als geöffnete Betriebskrankenkasse ist sie die aktive Partnerin ihrer Versicherten bei der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie Behandlung von Krankheiten und Beeinträchtigungen. Ihr Handeln richtet sich nach dem Bedarf und den Interessen ihrer Versicherten.

Die BKK exklusiv wird jetzt und in Zukunft ein hohes Maß an Qualität bei ihren Leistungen erbringen. Sie geht verantwortungsbewusst und wirtschaftlich mit den ihr zur Verfügung stehenden Einnahmen um.

Die BKK exklusiv ist die natürliche Partnerin der Unternehmen in allen Fragen der Sozialversicherung.

Diese Präambel ist Grundlage für ihr Handeln.

Für unsere Kunden sind wir da. Sie erhalten die Gelegenheit, unser Handeln an diesen Grundsätzen zu messen.

Unser Name ist für uns Verpflichtung – exklusiv.

Übersicht zur Satzung

Artikel I

Inhalt der Satzung

- § 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse
- § 2 Verwaltungsrat
- § 2a Versichertenälteste / Vertrauensleute
- § 3 Vorstand
- § 4 Widerspruchsausschuss
- § 5 Kreis der versicherten Personen
- § 6 Kündigung der Mitgliedschaft
- § 7 Aufbringung der Mittel
- § 8 Bemessung der Beiträge
- § 9 Beitragssätze
- § 9a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz
- § 10 Fälligkeit der Beiträge
- § 11 Höhe der Rücklage
- § 12 Leistungen
- § 12a Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V
- § 12b Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- § 12c Zusätzliche Leistungen für künstliche Befruchtung
- § 12d Wahltarif Selbstbehalt (*exklusiv select*)
- § 12e Primärprävention
- § 12f Schutzimpfungen
- § 12g Leistungsausschluss
- § 13 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 13a Wahltarif Hausarztzentrierte Versorgung
- § 13b Wahltarif besondere Versorgung
- § 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme
- § 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten
- § 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten während der Schwangerschaft und im 1. Lebensjahr des Kindes / der Kinder
- § 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- § 15 Wahltarif Krankengeld
- § 16 Kooperation mit der privaten Krankenversicherung (PKV)
- § 16a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
- § 17 Aufsicht
- § 18 Mitgliedschaft zum Landesverband
- § 19 Bekanntmachungen

Artikel II

Inkrafttreten

Anlage zu § 2 (Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates)

Anlage zu § 16a (Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber (U1/U2))

§ 1 Name, Sitz und Bereich der Betriebskrankenkasse

I Die Betriebskrankenkasse ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Sie führt den Namen

**Betriebskrankenkasse exklusiv
(Kurzform: BKK exklusiv).**

Sie ist zum 01.01.2004 errichtet worden.

Sie hat ihren Sitz in 31275 Lehrte und unterhält ein Servicecenter in

28199 Bremen

II Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auf die Betriebe und die unselbständigen Betriebsteile der Nordzucker AG, der Zuckerverbund Magdeburg GmbH, der Nordkristall GmbH, der TEUTONIA Zementwerk Aktiengesellschaft, der Gilde Brauerei AG, der Broyhan B & B GmbH, der Niederlassungen der A. Schilling GmbH, in der die ehemaligen Niederlassungen der Gilde Brauerei AG weitergeführt werden, der Hofbrauhaus Wolters AG, der Hasseröder Brauerei GmbH, der Brauerei Beck GmbH & Co. KG, der Interlog GmbH, der Interbrew Export & Licenses GmbH & Co. KG, der Nord-IT, der Brauerei Diebels GmbH & Co. KG, der Diebels Gastronomie Gesellschaft mbH und der Interbrew Deutschland Vertriebsgesellschaft mbH in

Baddeckenstedt
Braunschweig
Bremen
Clauen
Güstrow
Hannover
Issum
Klein Wanzleben
Lehrte
Munzel
Schladen
Schleswig
Uelzen
Wernigerode
Wierthe

Der Bereich der Betriebskrankenkasse erstreckt sich auch auf die nachfolgend aufgeführten Regionen:

Bremen
Mecklenburg-Vorpommern
Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen
Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein

§ 2 Verwaltungsrat

- I
1. Das Selbstverwaltungsorgan der Betriebskrankenkasse ist der Verwaltungsrat. Seine Wahl und Amtsdauer richtet 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, jeweils zum 01. Januar des Jahres.

- II
- Der Verwaltungsrat besteht aus 9 Vertretern der Versicherten und 5 Vertretern der Arbeitgeber. Jeder Vertreter der Versicherten hat eine Stimme. Die Arbeitgebervertreter haben insgesamt die gleiche Anzahl Stimmen wie die Versichertenvertreter. Der Stimmenanteil eines jeden Arbeitgebervertreters 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 Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen.
 4. Den Vorstand zu wählen und die Tätigkeit des Vorstandes vertraglich zu regeln.
 5. Eine/n leitende/n Beschäftigte/n der Betriebskrankenkasse mit der Stellvertretung des Vorstandes zu beauftragen.
 6. Den Vorstand zu überwachen.
 7. Gemeinsam durch seine Vorsitzenden die Betriebskrankenkasse gegenüber dem Vorstand zu vertreten.
 8. Über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken und die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.
 9. Über die freiwillige Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen zu beschließen.
 10. Für jedes Geschäftsjahr zur Prüfung der Jahresrechnung gem. § 31 SVHV über die Bestellung der/s Prüfer/s zu beschließen. Die Prüfung der Jahresrechnung beinhaltet die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb beziehende Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung.
- IV
- Der Verwaltungsrat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- V
- Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- Va
- Zur Erfüllung seiner Aufgaben bildet der Verwaltungsrat Ausschüsse.

- VI Die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates gemäß § 41 SGB IV richtet sich nach den in der Anlage zu § 2 der Satzung durch den Verwaltungsrat festgesetzten Pauschbeträgen und festen Sätzen für den Ersatz barer Auslagen. Die Anlage ist Bestandteil der Satzung.
- VII Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder 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 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 ohne Sitzung schriftlich abstimmen, wenn eine rechtzeitige und ordnungsgemäße Beschlussfassung nicht durchführbar erscheint, es sei denn, mindestens 1/5 der Mitglieder des Verwaltungsrates widerspricht der schriftlichen Abstimmung. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung.

§ 2a Versichertenälteste / Vertrauensleute

1. Für die Betriebskrankenkasse werden vom Verwaltungsrat Versichertenälteste / Vertrauensleute sowie deren persönliche Stellvertreter gewählt. Ein Mitglied, das an der Wahrnehmung seiner Aufgaben vorübergehend verhindert ist, wird durch seinen persönlichen Stellvertreter vertreten.
2. Versichertenälteste / Vertrauensleute üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.
3. Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Versicherten herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen, insbesondere die Unterstützung des Versicherten bei Anträgen, Unterstützung der BKK bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Weiterleitung von Informationen der BKK an die Versicherten.
4. Die Vertrauensleute haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung der Betriebskrankenkasse mit den Arbeitgebern herzustellen und diese zu beraten und zu betreuen.

§ 3 Vorstand

- I Dem Vorstand der Betriebskrankenkasse gehört 1 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. Den Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.
 4. Den Haushaltsplan aufzustellen und dem Verwaltungsrat zuzuleiten.
 5. Jährlich die geprüfte Jahresrechnung dem Verwaltungsrat zur Entlastung zusammen mit dem Prüfbericht und einer Stellungnahme zu den Prüffeststellungen der/des vom Verwaltungsrat bestellten Prüfer/s vorzulegen.
 6. Die 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 auszuführen.
- IV Das für die Führung der Verwaltungsgeschäfte erforderliche Personal der Betriebskrankenkasse wird vom Vorstand eingestellt.

§ 4 Widerspruchsausschuss

- I Die Entscheidung über die Widersprüche und der Erlass von Widerspruchsbescheiden werden dem Widerspruchsausschuss übertragen.
- II
 1. Der Widerspruchsausschuss setzt sich zusammen aus drei Vertretern der Versicherten aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates der Betriebskrankenkasse und einem Arbeitgeber oder seinem von ihm bestellten Vertreter mit drei Stimmen.
 2. Jedes Mitglied des Widerspruchsausschusses hat einen Stellvertreter zur Stellvertretung im Verhinderungsfall.
 3. Die Versichertenvertreter des Widerspruchsausschusses sowie ihre Stellvertreter werden von den Versichertenvertretern des Verwaltungsrates gewählt. Der Arbeitgeber wird von den im Verwaltungsrat vertretenen Arbeitgebern 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. Für den Widerspruchsausschuss gelten die §§ 40 bis 42, 59, 63 Absatz 3 a und § 63 Absatz 4 SGB IV entsprechend.
 5. Der Vorsitz im Widerspruchsausschuss wechselt zwischen dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter und einem Versichertenvertreter von Sitzung zu Sitzung. Der Vorsitzende bestimmt den Schriftführer, der auch ein Mitarbeiter der Betriebskrankenkasse sein kann.
 6. Der Vorstand und/oder ein von ihm Beauftragter nimmt an den Sitzungen des Widerspruchsausschusses beratend teil.

7. Die Beschlüsse des Widerspruchsausschusses/ der Einspruchsstelle ergehen mit Stimmenmehrheit. Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Bei Stimmgleichheit gilt der Widerspruch als zurückgewiesen oder der Bußgeldbescheid als bestätigt.

III Das Nähere über das Verfahren bei der Erledigung der Aufgaben regelt die Geschäftsordnung des Widerspruchsausschusses.

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

§ 5 Kreis der versicherten Personen

I Zum Kreis der bei der BKK exklusiv versicherten Personen gehören:

1. Arbeitnehmer und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, wenn sie versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt sind,
2. Studenten und Berufspraktikanten,
3. alle anderen Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist.

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

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

§ 6 Kündigung der Mitgliedschaft

I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat an, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Betriebskrankenkasse hat dem Mitglied 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 Absatz I können Versicherungsberechtigte ihre Mitgliedschaft kündigen, weil die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt sind. Die freiwillige Mitgliedschaft endet in diesen Fällen mit Erfüllung der Voraussetzungen der Familienversicherung. Absatz I Satz 4 gilt nicht.
- IV Absatz I Satz 1 und Absatz II gelten nicht, wenn ein Wahltarif nach § 12a, 12e oder 15 gewählt wurde. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zur Betriebskrankenkasse nur unter den Voraussetzungen der §§ 12a Absatz V, 12e Absatz V oder 15 Absatz XV gekündigt werden.

§ 7 Aufbringung der Mittel

Die Mittel der Betriebskrankenkasse werden durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, sonstige Einnahmen und die Beiträge nach dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag aufgebracht.

§ 8 Bemessung der Beiträge

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

§ 9 Beitragssätze

Der Beitrag ergibt sich aus der Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzverordnung – GKV-BSV) in der jeweils gültigen Fassung sowie dem individuellen Zusatzbeitragssatz nach § 9a der Satzung.

§ 9a Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Die Betriebskrankenkasse erhebt von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gemäß § 242 Abs. 1 SGB V. Die Höhe des Zusatzbeitrages beträgt 0,99% monatlich der beitragspflichtigen Einnahme des Mitgliedes.

§ 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 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 des kassenindividuellen Zusatzbeitrag 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 (§ 256 Absatz 1 Sätze 1 und 2 SGB V).

§ 11 Rücklage

Die Rücklage beträgt 50 v.H. des nach dem Haushaltsplan durchschnittlichen auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben.

§ 12 Leistungen

I Allgemeiner Leistungsumfang

Die Versicherten der BKK exklusiv erhalten die gesetzlich vorgesehenen Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i SGB V),
2. zur Verhütung von Krankheiten und 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 Häusliche Krankenpflege

Neben der häuslichen Krankenpflege in Form der Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt und eine andere im Haushalt lebende Person die erkrankte Person nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Bei der die Leistung auslösenden Erkrankung muss es sich um eine akute, nicht chronische, Erkrankung handeln.

Es gilt die Zuzahlungsregelung nach § 37 Absatz 5 i.V. mit § 61 Satz 3 SGB V.

III Haushaltshilfe

Die BKK exklusiv gewährt über die gesetzlichen Ansprüche nach § 38 Absatz 1 SGB V hinaus auch dann Haushaltshilfe, wenn ein Kind im Haushalt lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Sofern im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, wird die Dauer der Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V zeitlich nicht begrenzt.

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.

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 Betriebskrankenkasse vor Inanspruchnahme schriftlich zu informieren. Nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannte Leistungserbringer dürfen 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.
3. Der Versicherte hat Art und Umfang der erhaltenen Leistungen durch spezifizierte Rechnungen nachzuweisen.
4. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die BKK exklusiv bei Erbringung als Sach- oder Dienstleistung zu tragen hätte. Die BKK exklusiv vereinfacht die Ermittlung des Erstattungsbetrages. Dieser wird pauschal in Höhe von 33% der ausgewiesenen Kosten ermittelt. Auf Antrag des Versicherten erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages.
5. Der Versicherte ist mindestens für ein Kalendervierteljahr vom Zeitpunkt seiner Wahl an gerechnet an die Wahl der Kostenerstattung und eine evtl. Beschränkung auf einen oder mehrere Leistungsbereiche gebunden. Er kann die Wahl der Kostenerstattung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat schriftlich kündigen.
6. Der Erstattungsbetrag ist um 5 v.H. Verwaltungskosten zu kürzen. Vorgesehene Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
7. Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedsstaat 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 Aufenthaltsstaats 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 Euro 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 BKK exklusiv 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 BKK exklusiv in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

VI Kostenerstattung Wahlarzneimittel

1. 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. Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen sind in Abzug zu bringen.
2. Der Erstattungsbetrag für Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist um 27,5 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 Rabattarzneimittels bzw. zu einem der drei preisgünstigsten Arzneimittel zu kürzen.
3. § 12 Absatz V Nr. 3 gilt.

§ 12a Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V

I Versiegelung von Glattflächen bei kieferorthopädischer Behandlung mit Multiband

1. Über die im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus gewährt die BKK exklusiv ihren Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahr einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 150,00 Euro zur Versiegelung der Glattflächen im Rahmen der Kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband.
2. Zur Erstattung ist eine spezifizierte Rechnung eines zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringers einzureichen.

II Anästhesie (Vollnarkose) bei Weisheitszahnentfernung

Über die im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die BKK exklusiv die Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern keine Leistung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung bis zu 150,00 Euro je Kalenderjahr.

III Fissuren-Versiegelung

Über die im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus erstattet die BKK exklusiv die Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren (Zähne 14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) im bleibenden Gebiss bis zu 150,00 Euro je Kalenderjahr.

IV Professionelle Zahnreinigung

Über die im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelte zahnärztliche Behandlung hinaus gewährt die BKK exklusiv ihren Versicherten einen Zuschuss für in Anspruch genommene professionelle Zahnreinigung durch einen Vertragszahnarzt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigten Zahnarzt.

Der Zuschuss beträgt maximal 50,00 Euro je Zahnreinigung maximal zweimal pro Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten je Rechnung.

V Unterkieferprotrusionsschienen

Die BKK exklusiv gewährt ihren Versicherten neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Absatz 1 SGB V zusätzlich Unterkieferprotrusionsschienen.

Art, Dauer und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Voraussetzungen:

- a) Diagnose: Upper Airway Resistance Syndrom (UARS)
- b) leicht- bis mittelgradiger obstruktiver Schlafapnoe (AHI bis ca. 25/h) mit geringer klinischer Symptomatik
- c) Patient verfügt über eine ausreichende intraorale Verankerungsmöglichkeit
- d) BMI des Patienten bis ca. 30
- e) Verordnung durch einen zertifizierten Behandler nach der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS).

Die BKK exklusiv erstattet ihren Versicherten die entstandenen Kosten der Protrusionsschiene nach Abzug des gesetzlich vorgeschriebenen Eigenanteils für Hilfsmittel, maximal bis zu 800,00 Euro. Der Zuschuss kann frühestens drei Jahre nach Inanspruchnahme für eine notwendig gewordene Neuversorgung der Protrusionsschiene erneut in Anspruch genommen werden. Sofern die Unterkieferprotrusionsschiene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als Leistung ausgeschlossen wird, entfällt eine Kostenerstattung.

VI Leistungen der Osteopathie

Versicherte können mit einer ärztlichen Verordnung, bei Kindern eines Kinder- oder Jugendarztes, osteopathische Leistungen in Anspruch nehmen, sofern die Behandlung medizinisch geeignet ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die Behandlungsmethode nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen wurde. Der Anspruch setzt voraus, dass die Behandlung qualitätsgesichert von einem Leistungserbringer durchgeführt wird, der Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt. Für die Behandlung von Kindern gelten für den Leistungserbringer erweiterte Qualifikationskriterien, die entsprechende Weiter- / oder Fortbildungsmaßnahmen mit dem Inhalt der Osteopathie bei Kindern voraussetzen.

Die BKK exklusiv übernimmt die Kosten für maximal sechs Sitzungen je Kalenderjahr und Versicherten. Erstattet wird der Rechnungsbetrag, bis zu maximal 50,00 Euro pro Sitzung. Zur Erstattung sind Originalrechnungen sowie die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

VII Nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie

1. Die BKK exklusiv erstattet Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, sofern
 - a) deren Einnahme medizinisch notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern
und
 - b) die Verordnung des Arzneimittels durch einen Arzt auf Privatrezept erfolgte
und
 - c) das Arzneimittel durch die Versicherten in einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels bezogen wurde.
2. Die BKK exklusiv erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten pro Arzneimittel nach Absatz 1 in voller Höhe, für alle Arzneimittel insgesamt jedoch maximal bis zu einem Betrag von 100,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten.
3. Zur Erstattung sind der BKK exklusiv die spezifizierten Originalrechnungen der Apotheke und die ärztliche Verordnung vorzulegen.
4. Für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 7 - 9 SGB V ausgeschlossen sind, dürfen keine Kosten erstattet werden.
5. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 34 Absatz 1 Sätze 2- 5 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt unberührt.

VIII Nicht zugelassene Leistungserbringer – Stationäre Behandlung

1. Die BKK exklusiv übernimmt die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Absatz 4 SGB V.

Voraussetzungen dafür sind:
 - a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt,
 - b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus,
 - c) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen,
 - d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der BKK exklusiv vor Behandlungsbeginn vorgelegt,
 - e) die BKK exklusiv hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt.
2. Die Kosten werden für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen.
3. Mit der Zustimmung nach Absatz I Buchstabe e) erhalten die Versicherten eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die BKK exklusiv sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils.

IX Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

1. Versicherte 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 oder frühzeitig zu erkennen 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 diese Leistungen zusätzlich in Anspruch nehmen.
2. Der Anspruch setzt voraus, dass die Leistung von zugelassenen Vertragsärzten oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringern erbracht wird, die die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führen.
3. Die BKK exklusiv erstattet 80 Prozent des Rechnungsbetrages, jedoch nicht mehr als 60 Euro pro Behandlung nach Nr. 1 Satz 1 und nicht mehr als 120 Euro pro Behandlung nach Nr. 1 Sätze 1 und 2 zusammen. Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen sowie die ärztlichen Bescheinigungen vorzulegen.
4. 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 Jahre vergangen sind.

X Stationäre Vorsorgeleistung für Lebendorganspender

1. Bei der BKK exklusiv versicherte Lebendorganspender erhalten zur Regenerierung ihrer Gesundheit sowie zur Vermeidung ambulanter Behandlungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Organentnahme nach vorheriger Bewilligung eine stationäre Vorsorgeleistung entsprechend § 23 SGB V. § 23 Absatz 6 SGB V findet keine Anwendung.
2. Eine Leistung nach Nr. 1 kommt nur in Betracht, sofern nach den für andere Leistungsträger geltenden Vorschriften keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt wird.

XI Vorsorgeleistungen

Über die im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelten Vorsorgeleistungen hinaus erstattet die BKK exklusiv im Einzelfall für folgende, von Ärzten durchgeführte Leistungen oder veranlasste Vorsorgeleistung insgesamt maximal 100,00 Euro je Kalenderjahr:

- Brustkrebsvorsorgeuntersuchung (Mammografie, Ultraschalluntersuchung „Sono-Check“, Tastuntersuchung durch blinde oder sehbehinderte Menschen mit der Qualifizierung als Medizinische Tastuntersucherinnen (MTU) im Rahmen von discovering hands®) bei vorliegenden Risikofaktoren (z. B. positive Familienanamnese).
- Gesundheitsuntersuchung („Check Up“) bei Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel, positive Familienanamnese).
- Hautkrebscreening, einschließlich der Auflichtmikroskopie, wenn diese bei bestehenden Risikofaktoren (z.B. familiäre Vorerkrankungen oder auffälligen Muttermalen) notwendig ist.

Für die Kinderuntersuchungen „U10“ und „U11“ sowie die die Jugendgesundheitsuntersuchung „J2“ erfolgt eine Erstattung in Höhe der Vertragsätze.

Voraussetzung für die Leistungen nach Satz 1 und 2 ist insgesamt, dass eine Erkrankung, bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweist.

XII Erweiterte Augenuntersuchungen bei Kindern - „Amblyopie-Untersuchung“

- 1 Über die im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) hinaus geregelten Vorsorgeleistungen erstattet die BKK exklusiv für versicherte Kinder von der Geburt bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres die Kosten für maximal zwei (früh-) kindliche Augenuntersuchungen – Amblyopie-Untersuchung – in Höhe von jeweils 25,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich nachgewiesenen Kosten, wenn diese zusätzliche Untersuchungsleistung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder durch einen Facharzt für Augenheilkunde durchgeführt wurde. Die entstandenen Kosten sind durch Vorlage von spezifizierten (privat-) ärztlichen Originalrechnungen nachzuweisen.
- 2 Voraussetzung dafür ist, dass eine Erkrankung bezogen auf die jeweilige Untersuchung noch nicht vorliegt, aber bereits bestehende Risikofaktoren (familiäre Disposition, erhebliche Weitsichtigkeit oder Schielen bei einem oder beiden Elternteilen) auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen und eine vertragsärztliche Leistung der (GKV-Regelleistung) nicht zur Verfügung steht.
- 3 Voraussetzung ist ferner, dass diese Vorsorgeuntersuchung nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen ausgeschlossen wurde.

XIII Zusätzliche kinderorthopädische Hilfsmittel

- I Die BKK exklusiv gewährt ihren Versicherten bis zum vollendeten 15. Lebensmonat neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 Absatz 1 SGB V zusätzlich Kopforthesen (Molding helmets / Cranio-Helmtherapie). Voraussetzung ist, dass die Indikationsstellung und Verordnung durch eine spezialisierte orthopädische Einrichtung / Fachklinik oder einen Facharzt für Orthopädie erfolgt und von diesem bestätigt wird, dass eine konventionelle Therapie nicht möglich oder nicht erfolgversprechend ist oder ohne die Behandlung mittels Kopforthesen Folgebehandlungen zu erwarten sind.
- II Zur Übernahme der Kosten ist der Kostenvoranschlag durch einen Leistungserbringer einschl. ärztlicher Verordnung einzureichen. In diesen Fällen erfolgt die Abrechnung zwischen Leistungserbringer und BKK exklusiv. Sofern eine Erstattung der Leistungen nach Abs. I an den Versicherten erfolgen soll, sind die ärztliche Verordnung sowie die Originalrechnung vorzulegen.

XIV Flash Glukose Messsystem

Die BKK exklusiv gewährt ihren Versicherten die 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).

Voraussetzungen sind:

- a) Die Versicherten führen eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie oder Insulinpumpentherapie durch.
- b) Ein zugelassener Vertragsarzt oder ein nach § 13 Abs. 4 SGB V berechtigter Arzt hat die Notwendigkeit auf einer Verordnung bestätigt. Vertragsärzte bzw. berechnigte Ärzte in diesem Sinne sind:
 - Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
 - Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung "Diabetologie" oder "Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG)" bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung "Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie".
- c) Die Versicherten sind in der sicheren Anwendung des Flash Glukose Messsystems geschult.

- d) Die BKK exklusiv hat die Versicherten in geeigneter Art und Weise über die Möglichkeiten zum Bezug der Leistung informiert und der Versorgung vor Versorgungsbeginn zugestimmt.
- e) Die Nutzung des Flash Glukose Messsystems ist ohne Zugriff Dritter, insbesondere des Herstellers, auf die personenbezogenen oder -beziehbaren Daten der Versicherten möglich.
- f) die Behandlungsmethode ist nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen.

Die BKK exklusiv übernimmt die Kosten für das Auslesegerät einmalig in Höhe von bis zu 60,00 Euro und die Kosten für Sensoren bis zum einem Höchstbetrag von 60,00 Euro je Sensor alle zwei Wochen.

§ 12b Zusätzliche Leistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V bei Schwangerschaft und Geburt

I Zuschuss für Leistungen

Die BKK exklusiv beteiligt sich über die gesetzlichen Leistungen hinaus mit einem Zuschuss an den Kosten für die Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den folgenden Absätzen bis zu maximal 600,00 Euro pro Schwanger-/ Mutterschaft. Zu den einzelnen Leistungen beträgt der jeweilige Zuschuss dabei nicht mehr als die nachgewiesenen tatsächlichen Kosten. Zur Erstattung sind der BKK exklusiv eine spezifische Rechnung sowie einen Nachweis über die Schwangerschaft einzureichen.

II Geburtsvorbereitungskurs

Die Betriebskrankenkasse erstattet die Kosten für die regelmäßige Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen von Hebammen gemäß § 134a Absatz 2 SGB V oder der nach § 13 Absatz 4 SGB V zugelassenen oder berechtigten Leistungserbringer für eine Begleitperson.

III Leistungen im Rahmen einer Hebammenrufbereitschaft

Versicherte der BKK exklusiv, die während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammenhilfe durch eine freiberuflich tätige Hebamme/ einen Entbindungspfleger in Anspruch nehmen, haben über die gesetzlichen Leistungen hinaus Anspruch auf Erstattung der Kosten, die in den letzten Wochen der Schwangerschaft für die Rufbereitschaft einer freiberuflich tätigen Hebamme/ eines Entbindungspflegers entstehen.

Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Hebamme/ der Entbindungspfleger gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer(in) zugelassen bzw. gemäß § 13 Absatz 4 SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist,

IV Zusätzliche Schwangerschaftsuntersuchungen

Die BKK exklusiv übernimmt im Einzelfall die Kosten der ärztlichen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, die beim Vorliegen eines individuellen Untersuchungsanlasses mit dem Ziel erbracht werden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken, Risikofaktoren früh zu erkennen und Folgekosten zu vermeiden:

- a. Ultraschalluntersuchungen (auch 3D/4D-Ultraschall, Fein-Ultraschall oder Organ-Ultraschall in der 20. - 22. Schwangerschaftswoche) für Frauen mit ärztlich diagnostiziertem erhöhten medizinischen Risiko hinsichtlich körperlicher Fehlbildungen ihres ungeborenen Kindes.
- b. Einen nicht-invasiven Pränatal-Test (NIPT) je Schwangerschaft auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19.09.2019, hinsichtlich der nicht-invasiven Pränatal-Diagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests (NIPT), für die Anwendung bei Schwangerschaften mit besonderen Risiken, wobei ein rein statistisches Risiko nicht genügt. Voraussetzung hierfür ist eine schriftlich dokumentierte ärztliche Beratung und Aufklärung der schwangeren Versicherten, die in allgemein gehaltener, verständlicher und ergebnisoffener Form

zu erfolgen hat. Der betroffenen Schwangeren ist nach der erfolgten Beratung und Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit bis zur Untersuchung einzuräumen. Auch auf das in dem erfolgten Richtlinienbeschluss besonders hervorgehobene Recht auf Nichtwissen, auch für Teilergebnisse des NIPT, ist dabei hinzuweisen.

Für entsprechende Untersuchungen dürfen nur NIPT-Verfahren verwendet werden, die die Validität ihrer Ergebnisse durch eine Qualitätssicherung absichern. Die Testgüte zur Abklärung der jeweils gegenständlichen Trisomien muss im Rahmen von prospektiv geplanten, verblindeten Studien untersucht worden sein. Dabei muss für Trisomie 21 eine Sensitivität von mindestens 97 % und eine Spezifität von mindestens 99 % und für Trisomie 13 eine Spezifität von mindestens 99 % sowie für Trisomie 18 eine Spezifität von 99 % nachgewiesen worden sein. Die Studienergebnisse müssen entsprechend den wissenschaftlichen Standards vollständig veröffentlicht worden sein.

Die Qualitätssicherung obliegt damit dem Anbieter des Testverfahrens. Dieser muss durch ein geeignetes Verfahren nachweisen, dass die ärztliche Fragestellung gemäß der Anerkennung der Methode beantwortet wird. Bei der Etablierung eines Qualitätssicherungssystems sollte die DIN ISO 15189 Berücksichtigung finden. So sind auch Maßnahmen zu treffen, die eine ausreichende Qualität der zu analysierenden Probe sicherstellen.

Voraussetzung für die NIPT-Untersuchung ist das Vorliegen des sonografisch bestimmten Gestationsalters und die Kenntnis der Anzahl der Embryonen oder Feten. Liegen zum Zeitpunkt der Blutabnahme Befunde vor, deren Abklärung ein invasives Vorgehen erfordert, sodass das Ziel einer Vermeidung von invasiven Maßnahmen nach den Bestimmungen der Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht erreichbar ist, kann der Test nicht im Rahmen dieser Satzungsregelung erbracht werden.

Sofern die Probe auswertbar war, muss das Testergebnis eine Angabe enthalten, ob ein auffälliges oder unauffälliges NIPT-Ergebnis bezüglich der Fragestellung (Trisomie) vorliegt. Weist das Testergebnis auf eine Trisomie hin, muss der Befund die Information enthalten, dass eine gesicherte Diagnose einer invasiven Abklärungsdiagnostik nach den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bedarf.

Die Leistung darf nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen ausgeschlossen worden sein. Der gesetzliche Anspruch gemäß § 24d SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die vertragsärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) bleibt unberührt. Zusätzlich sind die Regelungen nach § 15 Gendiagnostikgesetz (GenDG) zu beachten. Sobald durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 SGB V- für die o. g. Leistung, eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gültig wird, erlischt der Anspruch der Versicherten der BKK exklusiv auf diese satzungsbedingte Zusatzleistung.

Zur Kostenerstattung sind der BKK exklusiv ein geeigneter Aufklärungs- und Beratungsbogen sowie die spezifizierte Rechnung einer Ärztin / eines Arztes oder eines nach § 13 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) berechtigten Arztes mit entsprechendem Qualifikationsnachweis einzureichen.

- c. B-Streptokokken-Test für Schwangere in der 35. - 37. Schwangerschaftswoche, um eine bakterielle Besiedlung zu erkennen und durch prophylaktische Gabe eines Antibiotikums mit Beginn der Geburt eine Infektion des Neugeborenen zu verhindern.
- d. Feststellung der Antikörper auf Ringelröteln für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- e. Feststellung der Antikörper auf Windpocken für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen, Lehrerinnen.
- f. Toxoplasmose-Test für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z. B. wegen Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
- g. Zytomegalie-Test (CMV-Antikörpertest) für Schwangere, die einer besonderen Infektionsgefahr mit dem Erreger ausgesetzt sind, z.B. wegen Kontakt mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr.

Voraussetzung ist, dass die Leistungen nach § 23 SGB V durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt mit entsprechendem Qualifikationsnachweis erbracht werden. Es darf sich nicht um Leistungen nach der Mutterschaftsrichtlinie handeln.

V Nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel

Die BKK exklusiv übernimmt die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel als Monopräparat mit den Wirkstoffen Eisen, Jod und Folsäure sowie die Kosten für nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel als Kombipräparat.

Voraussetzung ist, dass das Arzneimittel durch einen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Arzt auf Privatrezept verordnet wurde und die Einnahme aufgrund der vorliegenden Schwangerschaft medizinisch notwendig ist.

Das Arzneimittel mit einer in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Zulassung muss von einer Apotheke oder im Rahmen des nach deutschem Recht zulässigen Versandhandels (Versandapotheke) bezogen worden sein. Zur Erstattung sind der BKK exklusiv die ärztliche Verordnung und die Quittung vorzulegen.

VI Individuelle Beratungsleistungen im Rahmen der Mutterschaft

Die BKK exklusiv übernimmt für ihre Versicherten auf der Grundlage von § 11 Absatz 6 SGB V i. V. m. § 24d SGB V die über die Regelversorgung und dem Vertrag nach § 134a SGB V hinausgehenden Kosten für folgende individuelle Beratungsleistungen:

- a. zusätzliche medizinisch erforderliche Still- und Ernährungsberatungen,
- b. ergänzende Beratungen zur schädlichen Wirkung von Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft,
- c. Beratung zur Wahl der Entbindungsart, des Geburtsortes und möglicher daraus resultierender Vorteile und Risiken,
- d. Beratungen zum Umgang mit und der Pflege des Neugeborenen in den ersten Lebensmonaten als Grundlage für eine gesunde Entwicklung des Kindes,
- e. Beratungen zur Intensivierung der Eltern-Kind-Beziehung zur Erzielung positiver Wirkungen auf Verdauung, Schlaf und Immunsystem bei unruhigen Säuglingen.

Voraussetzung ist, dass diese Leistungen durch eine/n gemäß § 134a Absatz 2 SGB V als Leistungserbringer/in zugelassene/n oder gemäß § 13 Absatz 4 SGB V zur Versorgung berechnete/n Hebamme/Entbindungspfleger erfolgt.

§ 12c Zusätzliche Leistung gemäß § 11 Absatz 6 SGB V für künstliche Befruchtung

- I Die BKK exklusiv übernimmt für ihre Versicherten, die nach § 27a SGB V Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben, zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Ansprüchen in Höhe von 50 v.H. der Behandlungskosten für die ersten drei Versuche weitere 50 v.H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- II Maßgebend für die Beurteilung der medizinischen Erfordernisse sind die Richtlinien des Gemeinsame Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Die Kostenerstattung erfolgt auf der Grundlage eines vor Behandlungsbeginn genehmigten Behandlungsplans. Voraussetzung ist, dass die Behandlung durch einen nach § 121a SGB V zugelassenen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Leistungserbringer erfolgt.
- III Zur Erstattung sind der BKK exklusiv spezifizierte Rechnungen über die Eigenbeteiligung an den Kosten der ärztlichen Leistungen und Medikamente vorzulegen.

§ 12d Wahltarif Selbstbehalt (exklusiv select)

- I Volljährige Mitglieder, deren Beiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden, können abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Jahreseinkommen) jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der BKK exklusiv zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt).
- II Auf den Selbstbehalt werden die Kosten für die Inanspruchnahme folgender Leistungen nicht angerechnet:
- Prävention und Schutzimpfungen (§§ 20, 20i SGB V)
 - Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, Individualprophylaxe § 22 SGB V, Zahnprophylaxe § 55 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V)
 - medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) mit Ausnahme ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V)
 - Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)
 - Leistungen während der Schwangerschaft und Entbindung (§ 24c bis 24i SGB V)
 - ärztliche Behandlung (§ 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) soweit sie ohne Verordnungsfolgen sind, aber ohne Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
 - zahnärztliche Behandlung (§ 27 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) soweit sie ohne Verordnungsfolgen sind.
- 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.
- IV Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die BKK dem Mitglied einen Teil der gezahlten Beiträge als Prämie.

Es gelten folgende Stufen:

Stufe 1

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen bis 20.000,00 Euro können einen Selbstbehalt in Höhe von 120,00 Euro jährlich wählen. Die BKK exklusiv gewährt dafür eine Prämienzahlung in Höhe von 100,00 Euro pro Jahr.

Stufe 2

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen von 20.000,01 Euro bis 30.000,00 Euro können einen Selbstbehalt in Höhe von 240,00 Euro jährlich wählen. Die BKK exklusiv gewährt dafür eine Prämienzahlung in Höhe von 200,00 Euro pro Jahr.

Stufe 3

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen von 30.000,01 Euro bis 45.000,00 Euro können einen Selbstbehalt in Höhe von 360,00 Euro jährlich wählen. Die BKK exklusiv gewährt dafür eine Prämienzahlung in Höhe von 300,00 Euro pro Jahr.

Stufe 4

Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Jahreseinkommen über 45.000,01 Euro können einen Selbstbehalt in Höhe von 500,00 Euro jährlich wählen. Die BKK exklusiv gewährt dafür eine Prämienzahlung in Höhe von 400,00 Euro pro Jahr.

- V Die Wahl des Wahltarifes Selbstbehalt wirkt vom Beginn des der Wahl folgenden übernächsten 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 Mitgliedschaft kann abweichend von § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.

Nach Ablauf der Mindestbindungsfrist verlängert sich der Wahltarif, kann aber jeweils zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Kündigt das Mitglied nach Ablauf der Mindestbindungsfrist seine Mitgliedschaft bei der BKK nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V, endet der Wahltarif mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft bei der BKK.

Soweit nach der Wahl des Selbstbehalts nach Absatz I die Beiträge für das Mitglied vollständig von Dritten getragen werden, besteht ein Sonderkündigungsrecht für den Wahltarif. In diesem Fall kann der Wahltarif innerhalb eines Monats nach Eintritt des Tatbestandes, der zur vollständigen Übernahme der Beiträge durch Dritte geführt hat, gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Ablauf des auf den Eingang der Kündigung folgenden Kalendermonats.

§ 12e Primärprävention

Insbesondere als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringt die BKK exklusiv auf Basis des Handlungsleitfadens 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 sowie zur Gesundheitsförderung nach dem individuellen Ansatz mit folgenden Handlungsfeldern:

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

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

Für Leistungen von Fremdanbietern wird, sofern sie den im „Leitfaden Prävention“ aufgeführten Qualitätskriterien genügen, bei Vorlage einer Teilnahmebestätigung ein einmaliger Finanzierungszuschuss in Höhe von 100 v.H. der entstandenen Kosten, maximal aber 200,00 EUR je Maßnahme gewährt. Die Förderung kann maximal für zwei Maßnahmen je Kalenderjahr erbracht werden.

§ 12f Schutzimpfungen

- I Die BKK exklusiv übernimmt zusätzlich zu den Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 SGB V für ihre Versicherten alle ärztlich verordneten Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten, wenn der Impfstoff nach arzneimittelrechtlichen Vorschriften zugelassen ist.
- II Der Impfstoff wird in voller Höhe, abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung übernommen. Die ärztliche Leistung wird mit einem Pauschalbetrag abgegolten, welcher jedoch nicht höher ist, als die tatsächlichen entstandenen Kosten.
- III Eine Übernahme der Schutzimpfungen ist ausgeschlossen, wenn der Arbeitgeber die Schutzimpfung unentgeltlich anbietet oder die Durchführung der Impfung in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fällt oder die Schutzimpfung vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt wird.

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

§ 12g Leistungsausschluss

1. 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.
2. 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 medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Bei Gewährung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V übernimmt die Betriebskrankenkasse als Zuschuss zu den Kosten für Unterbringung, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe kalendertäglich 16,00 EUR. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kleinkinder beträgt der Zuschuss 25,00 EUR.

§ 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 der hausarztzentrierten Versorgung 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.

§ 13b Wahltarif besondere ambulante ärztliche Versorgung

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

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

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.

§ 13c Wahltarif strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

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

§ 14 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten

- I Versicherte, die sich gesundheitsbewusst verhalten, haben nach Vollendung des 7. Lebensjahres Anspruch auf einen Bonus, wenn sie, soweit sie zur Inanspruchnahme berechtigt sind, insgesamt

mindestens fünf der unter Ziffer 1. – 10. genannten Maßnahmen, davon mindestens zwei der unter den Ziffern 1. - 5. genannten Maßnahmen und mindestens zwei der unter den Punkten 6. - 10. genannten Maßnahmen innerhalb eines Kalenderjahres nachweisen.

1. Versicherte lassen eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (Check-Up) durchführen. Für Kinder und Jugendliche gilt hier als Nachweis die für das jeweilige Lebensjahr vorgesehene Früherkennungs- und Jugenduntersuchung (U10, U11 und J1) oder die vom Berufsverband der Kinder und Jugendärzte empfohlene Untersuchung J2.
 2. Der Versicherte nimmt jährlich an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß § 25 SGB V i.V. mit den G-BA Richtlinien teil.
 3. Der Versicherte nimmt vor Vollendung des 18. Lebensjahres einmal im Kalenderhalbjahr, nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal jährlich zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
 4. Der Versicherte hat im Kalenderjahr eine Hautkrebsuntersuchung nach § 25 SGB V i.V. mit den G-BA Richtlinien oder im Rahmen § 12 Abs. XX der Satzung in Anspruch genommen.
 5. Der Versicherte weist einen kompletten Impfstatus für das Kalenderjahr nach.
 6. Der Body-Maß-Index des Versicherten liegt altersentsprechend im Normbereich. Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres liegt das Gewicht altersentsprechend im Normbereich gem. den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas.
 7. Der Versicherte (nach Vollendung des 18. Lebensjahres) ist seit mindestens 6 Monaten Nichtraucher.
 8. Der Versicherte hat an mindestens einer qualitätsgeprüften Primärpräventionsmaßnahme im Sinne der jeweils geltenden Präventionsrichtlinien nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V teilgenommen.
 9. Der Versicherte nimmt regelmäßig an Bewegungsangeboten in Sportvereinen oder sonstigen qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten in Sport- oder Fitnessstudios teil.
 10. Der Versicherte hat im Kalenderjahr das Sportabzeichen nach den Vorgaben des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB-Sportabzeichen) oder des Schwimmbadzeichens des Deutschen Schwimmverbandes oder des Wanderabzeichens des Deutschen Wanderverbandes erworben.
- II Die Voraussetzungen der Ziffern 1. – 7. sind jeweils mit ärztlicher Bestätigung, die Voraussetzungen der Ziffern 8. – 10. durch Erklärung des Leistungsanbieters nachzuweisen.
- III Der jährliche Bonus wird nur auf Antrag gewährt und beträgt für jede im Kalenderjahr nachgewiesene Verhaltensweise der Ziffern 1. -10. jeweils 10,00 Euro.
- IV Der Bonus muss spätestens bis zum 31.03. des folgenden Kalenderjahres beantragt werden. Als Antragstellung gilt der Tag, an dem das ausgefüllte Bonusheft bei der BKK exklusiv eingereicht wird.
- V Die Teilnahme am Bonusprogramm endet mit dem Ende der Versicherung bei der BKK, im Fall der Beendigung durch Kündigung zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung. Endet die Teilnahme während des laufenden Teilnahmezeitraums, verfallen die gesammelten Bonuspunkte.

§ 14a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten während der Schwangerschaft und im 1. Lebensjahr des Kindes / der Kinder

Weibliche Versicherte, die sich während der Schwangerschaft gesundheitsbewusst verhalten, haben Anspruch auf einen besonderen Bonus, wenn sie folgende Voraussetzungen nachweisen und sie

sowie das Kind/die Kinder ab Geburt bis zum Erreichen der Voraussetzungen und der Einlösung des Bonus bei der BKK exklusiv ungekündigt versichert sind:

1. Inanspruchnahme aller im Rahmen einer Schwangerschaft gemäß den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Maßnahmen durch die werdende Mutter. Der Nachweis ist durch eine Kopie des Mutterpasses zu erbringen.
2. Nachweis der Teilnahme an einem Kurs Rückbildungsgymnastik nach der Entbindung.
3. Nachweis aller Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U6.

Der Bonus beträgt 200,00 Euro, bei Mehrlingsgeburten 250,00 Euro, wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind. Er ist bis nach Vollendung des 1. Lebensjahres spätestens bis zum Beginn des 16. Lebensmonats des Kindes/der Kinder zu beantragen.

§ 14b Arbeitgeberbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

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

§ 14c Arbeitnehmerbonus für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- 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 Ressourcenstärkung

mindestens in Höhe von 80 % teilnehmen. Die Betriebskrankenkasse schließt hierzu mit dem Arbeitgeber im Vorfeld einen Bonusvertrag nach § 14b Absatz II ab.

- II Der Bonus wird dem Versicherten in Höhe von 100,00 Euro zu Beginn des Jahres ausgezahlt, wenn für das zurückliegende Kalenderjahr die Voraussetzungen durch Vorlage der Bescheinigung über die Teilnahme von mindestens 80% an einer Maßnahme nach Absatz I nachgewiesen wurden.

§ 15 Wahltarife Krankengeld

- I Die Betriebskrankenkasse bietet den in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Mitgliedern Tarife zur Zahlung von Krankengeld zur Wahl an, den in § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V genannten Mitgliedern bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres. Mitglieder, die über eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 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.
- 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 oder Vorsorgeeinrichtung nach § 40 Absatz 2 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 Absatz 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. Soweit nachfolgend nicht anderweitig geregelt gelten für den Anspruch auf Krankengeld die zum gesetzlichen Krankengeld ergangenen/ergehenden höchstrichterlichen Rechtsprechungen entsprechend.

III Anspruch auf Krankengeld entsteht frühestens mit Beginn des 7. Kalendermonats nach Beginn der Laufzeit des Tarifs. Nach Ablauf der vorgenannten Wartezeit besteht Anspruch auf Krankengeld

1. bei Mitgliedern nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V ab dem 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
2. bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit, längstens zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit (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. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach Satz 1 festgestellt wird, beginnt die Karenzzeit nach Ablauf der Wartezeit.

Für Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 von der Regelung des § 53 Absatz 6 SGB V Gebrauch gemacht haben und den Tarif im Rahmen des § 319 Absatz 3 Satz 3 SGB V wählen, besteht keine Wartezeit nach Satz 1, wenn der Tarif mit Wirkung vom 01. August 2009 bzw. zu dem in § 319 Absatz 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 mehr entstehen konnte, 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 Absatz 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 Absatz 6 SGB V genannten Personenkreises,
- mit dem Bezug einer in § 50 Absatz 1 SGB V genannten oder vergleichbaren Leistung, die von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezogen werden; dies gilt auch wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden,
- mit Eintritt einer vollen Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI,
- mit Wirksamwerden der Kündigung des Tarifs nach Absatz XVII oder XVIII,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse,

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

VII Die Höhe des Krankengeldes beträgt für die in § 53 Absatz 6 SGB V genannten Versicherten 50 Euro pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit.

- VIII 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.
- IX Anspruch auf Krankengeld besteht bei Arbeitsunfähigkeit für längstens 365 Tage innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren, gerechnet vom Tage des erstmaligen Beginns der Laufzeit eines Tarifs an (Höchstanspruchsdauer). Sofern im letzten Drei-Jahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer erschöpft wurde, besteht ab Beginn eines neuen Drei-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.
- X Abweichend von Absatz IX besteht bei Mitgliedern nach § 46 Satz 2 SGB V nur solange ein Anspruch auf Krankengeld, solange nach § 48 SGB V auch Anspruch auf gesetzliches Krankengeld besteht.
- XI Der Anspruch auf Krankengeld nach diesen Tarifen ruht entsprechend den Voraussetzungen des § 49 SGB V. § 50 Absatz 2 SGB V gilt entsprechend, auch bei mit § 50 Absatz 1 SGB V vergleichbaren Leistungen, die von öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezogen werden; dies gilt auch wenn vergleichbare Leistungen von Dritten (z.B. berufsständischen Versicherungs-/Versorgungseinrichtungen) gezahlt werden. Der Anspruch ruht, wenn das Mitglied mit Prämienzahlungen in Höhe von mindestens zwei 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.
- XII Die §§ 16 Absatz 1-3 und 4, 18 Absatz 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.
- XIII Frühestmöglicher Beginn der Tarife ist der 1. August 2009. Die Laufzeit der Tarife beginnt - vorbehaltlich § 319 Absatz 3 Satz 3 SGB V - mit dem Beginn des Kalendermonats, der dem Eingang der schriftlichen Wahlerklärung bei der Betriebskrankenkasse folgt; ein hiervon später liegender Beginn, maximal jedoch drei Monate, kann gewählt werden. 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.
- 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.
- XIV 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 Absatz 4 SGB V kann die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse vorbehaltlich Absatz XV frühestens zum Ablauf der durchgehend verlaufenden 3-jährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden.
- XV 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.
- XVI Die monatliche Höhe der zu zahlenden Prämie beträgt in den Tarifgruppen

Tarif	EUR
KT allgemein	397,80
KT Künstler	292,50

Für die Eingruppierung in Altersstufen ist das Lebensjahr maßgebend, welches im jeweiligen Jahr der Laufzeit erreicht wird.

- XVII Die Prämie ist für jeden Tag der Laufzeit der Tarife an die BKK zu zahlen. Die Prämienzahlung erfolgt gemäß Absatz XVIII. Bei Teilmonaten ist für jeden Tag der Laufzeit 1/30 des Monatsbetrages zu zahlen. Im Falle eines Tarifgruppenwechsels nach den Absätzen XIX oder XX 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 Absatz 2 SGB I.
- XVIII Die Prämie wird jeweils im Voraus fällig, spätestens bei monatlicher Zahlung am 15. des Monats für den Kalendermonat der Laufzeit des Tarifs.
- XIX Für Prämien, die das Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, werden Mahngebühren nach Maßgabe des § 19 Absatz 2 VwVG erhoben. Für jeden angefangenen Monat des Zahlungsverzuges sind zudem Verzugszinsen in Höhe des jeweiligen Interbanken-Tagesgeldzinssatz auf die rückständigen Prämien zu zahlen.
- XX Die Betriebskrankenkasse darf fällige Prämien nach der Maßgabe des § 76 Absatz 2 SGB IV stunden, niederschlagen oder erlassen.

§ 16 Kooperation mit der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Die Betriebskrankenkasse vermittelt ihren Versicherten Ergänzungsversicherungsverträge privater Krankenversicherungsunternehmen.

§ 16a Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (Aufwendungsausgleichsgesetz – AAG) richtet sich nach den Bestimmungen der Anlage zu §16a dieser Satzung.

§ 17 Aufsicht

Die Aufsicht über die Betriebskrankenkasse führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (bis 31.12.2019: Bundesversicherungsamt) in Bonn.

§ 18 Mitgliedschaft zum Landesverband

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

§ 19 Bekanntmachungen

- I Die Satzung und sonstiges autonomes Recht werden durch datierten und befristeten Aushang in der Hauptverwaltung und in den Servicecentren sowie auf der Internetseite www.bkkexklusiv.de öffentlich

bekannt gemacht. Es ist eine Aushangfrist von einer Woche einzuhalten; auf dem Aushang ist der Tag des Anheftens, die Aushangfrist und der Tag der Abnahme sichtbar zu vermerken.

- II Die wesentlichen Ergebnisse der Rechnungslegung werden den Versicherten bis zum 30. November des dem Berichtsjahr folgenden Jahres im elektronischen Bundesanzeiger, auf der Internetseite www.bkkexklusiv.de und durch Einsichtnahme in den Servicecentren zugänglich gemacht.

Artikel II

Inkrafttreten

1. Der Verwaltungsrat hat diese Satzung am 04.02.2004 beschlossen.
2. Die Satzung tritt mit dem Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung der Betriebskrankenkasse exklusiv vom 26.09.2003 außer Kraft.

Lehrte, den 04.02.2004

gez. Die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Ergänzender Hinweis:

In dem hier abgebildeten Text sind die Nachträge Nr. 1 – 49 zur Satzung vom 04.02.2004 eingearbeitet. Sämtliche Inhalte dieser Satzung sind seit 01.01.2020 gültig.

Anlage zu § 2 der Satzung der Betriebskrankenkasse exklusiv vom 04.02.2004

I. Entschädigung für die Teilnahme an Sitzungen des Verwaltungsrates

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

1. Erstattung der Barauslagen

1.1 Tage- und Übernachtungsgeld

Tagegeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes (BRKG). Aufwendungen, die das Tagesgeld übersteigen, werden nur erstattet, soweit sie unvermeidbar sind. Wird unentgeltlich Verpflegung gewährt, ist das Tagesgeld gemäß § 6 Absatz 3 BRKG zu kürzen.

Übernachtungsgeld nach den jeweils gültigen Sätzen des Bundesreisekostengesetzes. Darüber hinausgehende Mehrkosten sind erstattungsfähig, soweit sie notwendig sind.

1.2 Fahrkosten

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

Dabei können erstattet werden:

- a) die Kosten für die Benutzung von Land- und Wasserfahrzeugen 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) für die Benutzung eines Kraftwagens für jeden gefahrenen Kilometer die nach § 5 Absatz 2 des Bundesreisekostengesetzes jeweils geltenden Sätze.

2. Ersatz für Verdienstaufall und der Rentenversicherungsbeiträge

Den Mitgliedern des Verwaltungsrates werden der tatsächlich entgangene regelmäßige Bruttoverdienst ersetzt und die den Arbeitnehmeranteil übersteigenden Beiträge, die sie als ehrenamtliche tätige Arbeitnehmer nach § 168 Absatz 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.

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

3. Pauschbetrag für Zeitaufwand

- 3.1 Für die Teilnahme an Sitzungen einschließlich der Gruppenvorbesprechungen, die im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Organsitzung stehen, wird für jeden Kalendertag ein Pauschbetrag von 60,00 Euro gezahlt. Die alternierenden Vorsitzenden des Personal- und Haushaltsausschusses (Hauptausschuss) erhalten bei Sitzungen der Ausschüsse kalendertäglich den 2-fachen Pauschbetrag für Zeitaufwand. Bei mehreren Sitzungen am selben Tag wird der Pauschbetrag für Zeitaufwand nur einmal gewährt.
- 3.2 Anderen Mitgliedern der Selbstverwaltung kann aufgrund eines besonderen Auftrages für ihre Tätigkeit außerhalb von Sitzungen ein Pauschbetrag gemäß Nummer 3.1 gezahlt werden. Der Pauschbetrag kann ausnahmsweise nur dann gewährt werden, wenn im Einzelfall eine außergewöhnliche Inanspruchnahme des Selbstverwaltungsmitgliedes vorliegt. Das gilt nicht für die Wahrnehmung repräsentativer Aufgaben.
- 3.3 Pauschbeträge für Zeitaufwand sind steuerpflichtig.

4. Entschädigung bei der Teilnahme an mehreren Sitzungen an einem Tag

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

Anlage zu § 16a der Satzung der Betriebskrankenkasse exklusiv vom 04.02.2004 - Ausgleichsverfahren für Arbeitgeber (U1/U2)

§ 1 Anwendbare Vorschriften

- I Auf den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) finden die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften und die Bestimmungen der Satzung Anwendung, soweit im Folgenden oder im AAG nichts anderes bestimmt ist.
- II Diese Bestimmungen gelten auch für die gesetzlichen Krankenkassen, die der Betriebskrankenkasse exklusiv insoweit die Durchführung der Aufgaben nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz durch gesonderte Vereinbarung übertragen.

§ 2 Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U 1

- I Die Betriebskrankenkasse exklusiv erstattet den nach § 1 Absatz 1 und Absatz 3 AAG am Umlageverfahren U1 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag 50 v.H. des für den in § 3 Absatz 1 und Absatz 2 und den in § 9 Absatz 1 EFZG bezeichneten Zeitraum an Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen fortgezählten Arbeitsentgelts, wobei die Aufwendungen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.
- II Abweichend von Absatz I erstattet die Betriebskrankenkasse exklusiv dem Arbeitgeber auf Antrag 70% der erstattungsfähigen Aufwendungen.
- III Bei arbeitstäglicher Berechnung der Aufwendungen erfolgt eine anteilige Kürzung auf die kalendertäglich berechnete Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Hiermit werden auch die auf die berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelte entfallenden von den Arbeitgebern zu tragenden Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit und der Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung und sozialen Pflegeversicherung und nach § 172 Absatz 2 SGB VI sowie der Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V und nach § 61 SGB XI abgegolten.
- IV Die Betriebskrankenkasse exklusiv gewährt auf Antrag Vorschüsse auf die Erstattung nach § 1 AAG. Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber die von ihm zu entrichtenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge regelmäßig und ordnungsgemäß gezahlt hat.

§ 3 Erstattungsansprüche aus dem Umlageverfahren U 2

- I Die Betriebskrankenkasse exklusiv erstattet den nach § 1 Absatz 2 und Absatz 3 AAG am Umlageverfahren U 2 beteiligten Arbeitgebern auf Antrag in vollem Umfang den vom Arbeitgeber nach § 20 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuschG) gezahlten Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und das vom Arbeitgeber nach § 18 des MuschG bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt.
- II Die vom Arbeitgeber getragenen Sozialversicherungsbeiträge nach § 1 Absatz 2 Nr. 3 AAG werden in Höhe von 100 v.H. erstattet.

§ 4 Aufbringung der Mittel

- I Die Mittel zur Durchführung der Umlageverfahren U 1 und U 2 werden von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern durch gesonderte Umlagen aufgebracht.
- II Die Betriebskrankenkasse exklusiv verwaltet die Mittel für die Umlageverfahren als Sondervermögen.
- III Für die Umlageverfahren U 1 und U 2 werden Betriebsmittel gebildet. Sie sollen zur Deckung der voraussichtlichen Ausgaben für einen Monat ausreichen; sie dürfen die voraussichtlichen Ausgaben für drei Monate nicht übersteigen (§ 9 Absatz 3 AAG).

§ 5 Umlagesatz

- I Der Umlagesatz U1 beträgt
 - 1,50% - Standardtarif mit einem Erstattungssatz in Höhe von 50% (vgl. § 2 Absatz I)
 - 2,80% - erhöhter Tarif mit einem Erstattungssatz in Höhe von 70% (vgl. § 2 Absatz II)
- II Der U2 Wert beläuft sich auf 0,40%.
- III Die Umlagen sind zum gleichen Termin wie die Beiträge zur Krankenversicherung fällig (§ 10 der Satzung).

§ 6 Antrag auf den erhöhten Erstattungssatz

Der Antrag nach § 2 Absatz II für den erhöhten Erstattungssatz ist

1. bis zum Ende des Monats, in dem erstmalig Umlagen abzuführen sind,
2. bei Beginn eines neuen Kalenderjahres jeweils bis zum 31. Januar des neuen Kalenderjahres

schriftlich bei der Betriebskrankenkasse exklusiv zu stellen.

Für die Einhaltung der Frist ist der Zugang des Antrages bei der Betriebskrankenkasse exklusiv entscheidend (Ausschlussfrist).

Macht der Arbeitgeber bei erneuter Antragsmöglichkeit von seinem Wahlrecht innerhalb der in Satz 1 Nr. 2 genannten Frist keinen Gebrauch, gilt der zuletzt beantragte Erstattungssatz.

Der Arbeitgeber ist an seinen Antrag für ein Kalenderjahr gebunden.

§ 7 Haushaltsplan und Rechnungsabschluss

Der Vorstand stellt den Haushaltsplan auf, die Feststellung des Haushaltsplanes obliegt dem Verwaltungsrat. Er nimmt die Jahresrechnung ab und beschließt über die Entlastung.

§ 8 Widerspruchsausschuss

- I Der Widerspruchsausschuss der Betriebskrankenkasse exklusiv nimmt in Angelegenheiten der Umlageverfahren die Aufgaben des Widerspruchsausschusses als Widerspruchsstelle nach § 85 SGG wahr. Sitz des Widerspruchsausschusses ist Lehrte.
- II § 4 der Satzung gilt mit der Maßgabe, dass sich bei der Behandlung von Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens der Widerspruchsausschuss nur aus dem Mitglied der Arbeitgebervertreter zusammensetzt. Die übrigen Bestimmungen gelten entsprechend.

§ 9 Organe

In Angelegenheiten des Ausgleichsverfahrens wirken im Verwaltungsrat (§ 2 der Satzung) nur die Vertreter der Arbeitgeber mit (§ 9 Absatz 4 AAG).